

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.234 vom 3. September 2019

SO Obergericht, 2019-09-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.234](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.234)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.234 du 3 septembre 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.234 del 3 settembre 2019

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1967 geborene B.\_\_\_\_ (Beigeladene) erlitt im Juli 2005 bei einem Treppensturz und durch häusliche Gewalt Verletzungen im Kopf- und Nackenbereich (IV-Nr. 7.4 ff.). Seit dem 4. Juli 2011 arbeitete sie als Sachbearbeiterin bei der D.\_\_\_\_ [...]. Ende Januar 2012 wurde zunächst eine krankheitsbedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit und ab 1. Februar 2012 eine solche zu 50 % angegeben (IV-Nr. 9 S. 2 und 11 S. 3 und 15). Am 20. August 2012 meldete sich die Beigeladene bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Sie gab an, unter starken Schmerzen und Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in Arme und Beine zu leiden (IV-Nr. 2]). Am 27. August 2012 wurde die Beigeladene an der Halswirbelsäule (HWS) operiert (IV-Nr. 62 S. 2 ff.). Vom 3. Januar bis 21. Februar 2013 hielt sie sich zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik E.\_\_\_\_, [...], auf (IV-Nr. 28 S. 32 f.). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) erteilte in der Folge Kostengutsprache für ein Coaching für 20 Stunden ab 19. Februar 2013 (IV-Nr. 15). Sodann gewährte sie der Beigeladenen einen Arbeitsversuch vom 7. März bis 30. Juni 2013 bei der bisherigen Arbeitgeberin (IV-Nr. 19), welcher in der Folge bereits per 30. April 2013 abgebrochen wurde (IV-Nr. 23). Daraufhin löste die D.\_\_\_\_ das Arbeitsverhältnis mit der Beigeladenen auf den 31. Juli 2013 auf (IV-Nr. 21 f.). Vom 15. Oktober bis 5. Dezember 2013 wurde die Beigeladene erneut in der Klinik E.\_\_\_\_ stationär psychiatrisch behandelt (IV-Nr. 30 S. 4 ff.). Am 9. April 2014 veranlasste die Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre (internistische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung in der F.\_\_\_\_, [...] (im Folgenden: F.\_\_\_\_), welche am 10. Juni 2014 durchgeführt wurde (Gutachten vom 2. September 2014, IV-Nr. 40). Dazu nahmen die Klinik E.\_\_\_\_ sowie die Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, am 15. September 2014 Stellung (IV-Nr. 42 f.). Daraufhin veranlasste die Beschwerdegegnerin eine neuropsychologische Begutachtung bei lic. phil. H.\_\_\_\_, FSP Neuropsychologie, welche am 20. Februar 2015 durchgeführt wurde (Gutachten vom 2. März 2015, IV-Nr. 49). Dazu nahmen die Klinik E.\_\_\_\_ am 17. März 2015 und Dr. med. G.\_\_\_\_ am 18. März 2015 Stellung (IV-Nr. 51 f.). Nach dem Beizug medizinischer Unterlagen veranlasste die Beschwerdegegnerin am 23. September 2015 eine psychiatrische Begutachtung bei PD Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, welche am 8. Dezember 2015 durchgeführt wurde (Gutachten vom 22. Dezember 2015, IV-Nr. 74). Dazu äusserten sich die Klinik J.\_\_\_\_ am 19. Januar 2016 (IV-Nr. 76) und der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) am 23. Februar 2016 (IV-Nr. 78). Dr. med. I.\_\_\_\_ reichte der Beschwerdegegnerin am 2. März 2016 eine Stellungnahme ein (IV-Nr. 80). Nach Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 82) erliess die Beschwerdegegnerin am 26. April 2016 einen Vorbescheid, worin sie der Beigeladenen in Aussicht stellte, den Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie den Anspruch auf eine Invalidenrente abzulehnen (IV-Nr. 83 S. 2 f.).

1.2 Nach erhobenem Einwand vom 17. Juni 2016 (IV-Nr. 91) und Eingang eines ärztlichen Untersuchungsberichts der K.\_\_\_\_ vom 30. September 2016 (IV-Nr. 93 S. 4 ff.) erteilte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining ab 13. März 2017 in der L.\_\_\_\_ AG, [...] (IV-Nr. 98), welches in der Folge bis zum 30. April 2018 verlängert wurde (IV-Nr. 109, 114 und 120). Nach Rücksprache mit dem RAD veranlasste die Beschwerdegegnerin am 11. Juni 2018 eine weitere psychiatrische Begutachtung bei der M.\_\_\_\_ (im Folgenden: M.\_\_\_\_; Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie), welche am 21. November 2018 durchgeführt wurde (Gutachten vom 21. Januar 2019, IV-Nr. 134). Nach Eingang der Stellungnahmen des RAD und der Klinik E.\_\_\_\_ und Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 3. September 2019 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 100 % eine ganze Invalidenrente ab 1. August 2013 zu. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den medizinischen Abklärungen sei die Beigeladene seit dem 27. August 2012 (Beginn der einjährigen Wartezeit) erwerbsunfähig (IV-Nr. 156; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.6 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahren eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, an verschiedenen Stellen werde offensichtlich, dass nicht die vollständigen medizinischen Akten vorhanden seien. Sodann genüge das psychiatrische Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2019 in verschiedener Hinsicht den gesetzlichen Anforderungen nicht. Die während der Anstellung bei der D.\_\_\_\_ eingetretene Arbeitsunfähigkeit sei auf somatische Ursachen zurückzuführen. Psychische Beschwerden seien erst später hinzugetreten. Dass diese Krankheitswert und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt hätten, werde ebenso bestritten wie der Zeitpunkt ihres Auftretens. Demnach ist im Folgenden der aus den vorliegenden Akten hervorgehende medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Der damalige Hausarzt, Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 31. August 2012 fest, die Patientin sei am 11. Juli 2005 von ihrem Ex-Ehemann mit den Fäusten geschlagen worden. Gemäss ihren Angaben habe sie Kopfverletzungen; ausserdem habe sie bei einem Sturz wahrscheinlich den Kopf angeschlagen. Die Erstbehandlung sei am 12. Juli 2005 erfolgt. Es wurde folgender Befund erhoben: «Druckdolenz untere Halswirbelsäule mit eingeschränkter Beweglichkeit allseits, Druckdolenz und Hämatom frontal/temporal rechts». Als vorläufige Diagnose wurde ein Status nach Kontusion des Kopfes mit Schmerzen im Nacken und an der Stirne angegeben. Die Kausalität wurde bejaht und die Patientin konservativ behandelt. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit vom 12. bis 21. Juli 2005 attestiert (IV-Nr. 7.3).

3.2 Vom 26. August bis 4. September 2012 war die Beschwerdeführerin in der Klinik P.\_\_\_\_, [...], hospitalisiert, wo sie am 27. August 2012 von Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH für Orthopädie und Traumatologie, und Dr. med. R.\_\_\_\_ an der Halswirbelsäule operiert wurde (Mikrochirurgische ventrale Dekompression des Bandscheibenfachs C5/C6 sowie der Nervenwurzel C6 links). Im Weiteren wurde angegeben, die Operation sei komplikationslos verlaufen. Postoperativ habe die Patientin innerhalb der ersten Stunden sowohl die oberen als auch die unteren Extremitäten bewegt und keine Gefühlsstörungen gehabt. Innerhalb der ersten 12 Stunden habe sie eine leichte Parese mit Dysästhesien im Bereich der oberen und unteren Extremität links entwickelt. Anschliessend sei sie hochdosiert mit Steroiden behandelt worden, worauf sich die Parästhesien und die Lähmung im Bereich der oberen und unteren Extremität links innert 6 Stunden gebessert hätten. Bei Austritt habe sie noch über leichte ziehende Schmerzen im linken Arm geklagt, im Bereich des Dermatoms C6 rechts. Die Ursache dieser passageren Lähmung bleibe unklar. In den bildgebenden Verfahren, insbesondere CT und MRI der Halswirbelsäule vom 28. August 2012, zeigten sich keine pathologischen Veränderungen, welche die Lähmungen bzw. Parästhesien der Patientin erklären würden. Der beigezogene Neurologe habe ebenso keine Erklärung für diese Ausfälle gefunden. Möglicherweise sei dies psychogen bedingt gewesen. Die Patientin habe vorgängig bereits einmal an einem passageren Hemisyndrom und einer anschliessend bestehenden residuellen leichten Fazialisparese rechts gelitten. Die Wiederaufnahme der Arbeit zu etwa 30 bis 50 % könne in 4 bis 6 Wochen erfolgen (Austrittsbericht vom 10. September 2012, IV-Nr. 62 S. 2 ff.).

3.3 Dem Bericht von Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_ () vom 16. Oktober 2012 können folgende Diagnosen entnommen werden: Chronisches, wechselndes Schmerzsyndrom im Bereich der mittleren Halswirbelsäule rechts, mit Ausstrahlung gegen den Hinterkopf und das rechte Schulterblatt mit/bei radikuläres Reizsyndrom C6 links, bedingt durch eine neuroforaminale Stenose C5/C6 links bei fortgeschrittener Segmentdegeneration C5/C6, die diagnostische Infiltration der Nervenwurzel C6 links am 14.06.2012 habe zu einer mehrtätigen, praktisch vollständigen Schmerzfreiheit geführt, subjektives Gefühl der Schwere und der Kraftlosigkeit im linken Arm, Verdacht auf rezidivierende Migräneanfälle, getriggert von den Nackenschmerzen, Psychische Belastung (schwierige familiäre Situation: Geschieden nach häuslicher Gewalt, Probleme mit ihren beiden Söhnen), Status nach Fazialisparese unklarer Ätiologie rechts, 27.08.2012: Mikrochirurgische ventrale Dekompression des Bandscheibenfachs C5/C6 sowie der Nervenwurzel C6 links.

Die Zwischenanamnese lautete dahingehend, die Patientin komme zu einer ersten postoperativen Nachkontrolle,

## E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). 2.6 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 3. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, an verschiedenen Stellen werde offensichtlich, dass nicht die vollständigen medizinischen Akten vorhanden seien. Sodann genüge das psychiatrische Gutachten von

Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2019 in verschiedener Hinsicht den gesetzlichen Anforderungen nicht. Die während der Anstellung bei der D.\_\_\_\_ eingetretene Arbeitsunfähigkeit sei auf somatische Ursachen zurückzuführen. Psychische Beschwerden seien erst später hinzugetreten. Dass diese Krankheitswert und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt hätten, werde ebenso bestritten wie der Zeitpunkt ihres Auftretens. Demnach ist im Folgenden der aus den vorliegenden Akten hervorgehende medizinische Sachverhalt darzulegen: 3.1 Der damalige Hausarzt, Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 31. August 2012 fest, die Patientin sei am 11. Juli 2005 von ihrem Ex-Ehemann mit den Fäusten geschlagen worden. Gemäss ihren Angaben habe sie Kopfverletzungen; ausserdem habe sie bei einem Sturz wahrscheinlich den Kopf angeschlagen. Die Erstbehandlung sei am 12. Juli 2005 erfolgt. Es wurde folgender Befund erhoben: «Druckdolenz untere Halswirbelsäule mit eingeschränkter Beweglichkeit allseits, Druckdolenz und Hämatom frontal/temporal rechts». Als vorläufige Diagnose wurde ein Status nach Kontusion des Kopfes mit Schmerzen im Nacken und an der Stirne angegeben. Die Kausalität wurde bejaht und die Patientin konservativ behandelt. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit vom 12. bis 21. Juli 2005 attestiert (IV-Nr. 7.3). 3.2 Vom 26. August bis 4. September 2012 war die Beschwerdeführerin in der Klinik P.\_\_\_\_, [...], hospitalisiert, wo sie am 27. August 2012 von Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH für Orthopädie und Traumatologie, und Dr. med. R.\_\_\_\_ an der Halswirbelsäule operiert wurde (Mikrochirurgische ventrale Dekompression des Bandscheibenfachs C5/C6 sowie der Nervenwurzel C6 links). Im Weiteren wurde angegeben, die Operation sei komplikationslos verlaufen. Postoperativ habe die Patientin innerhalb der ersten Stunden sowohl die oberen als auch die unteren Extremitäten bewegt und keine Gefühlsstörungen gehabt. Innerhalb der ersten 12 Stunden habe sie eine leichte Parese mit Dysästhesien im Bereich der oberen und unteren Extremität links entwickelt. Anschliessend sei sie hochdosiert mit Steroiden behandelt worden, worauf sich die Parästhesien und die Lähmung im Bereich der oberen und unteren Extremität links innert 6 Stunden gebessert hätten. Bei Austritt habe sie noch über leichte ziehende Schmerzen im linken Arm geklagt, im Bereich des Dermatoms C6 rechts. Die Ursache dieser passageren Lähmung bleibe unklar. In den bildgebenden Verfahren, insbesondere CT und MRI der Halswirbelsäule vom 28. August 2012, zeigten sich keine pathologischen Veränderungen, welche die Lähmungen bzw. Parästhesien der Patientin erklären würden. Der beigezogene Neurologe habe ebenso keine Erklärung für diese Ausfälle gefunden. Möglicherweise sei dies psychogen bedingt gewesen. Die Patientin habe vorgängig bereits einmal an einem passageren Hemisyndrom und einer anschliessend bestehenden residuellen leichten Fazialisparese rechts gelitten. Die Wiederaufnahme der Arbeit zu etwa 30 bis 50 % könne in 4 bis 6 Wochen erfolgen (Austrittsbericht vom 10. September 2012, IV-Nr. 62 S. 2 ff.). 3.3 Dem Bericht von Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_ () vom 16. Oktober 2012 können folgende Diagnosen entnommen werden: Chronisches, wechselndes Schmerzsyndrom im Bereich der mittleren Halswirbelsäule rechts, mit Ausstrahlung gegen den Hinterkopf und das rechte Schulterblatt mit/bei radikuläres Reizsyndrom C6 links, bedingt durch eine neuroforaminale Stenose C5/C6 links bei fortgeschrittener Segmentdegeneration C5/C6, die diagnostische Infiltration der Nervenwurzel C6 links am 14.06.2012 habe zu einer mehrtätigen, praktisch vollständigen Schmerzfreiheit geführt, subjektives Gefühl der Schwere und der Kraftlosigkeit im linken Arm, Verdacht auf rezidivierende Migräneanfälle, getriggert von den Nackenschmerzen, Psychische Belastung (schwierige familiäre Situation: Geschieden nach häuslicher Gewalt, Probleme mit ihren beiden Söhnen), Status nach Fazialisparese unklarer Ätiologie rechts,

27.08.2012: Mikrochirurgische ventrale Dekompression des Bandscheibenfachs C5/C6 sowie der Nervenwurzel C6 links. Die Zwischenanamnese lautete dahingehend, die Patientin komme zu einer ersten postoperativen Nachkontrolle,

### **E. 3**

Es sei der Beigeladenen die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und es sei ihr in der Person des Unterzeichnenden ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen.

### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdeführerin. Im Weiteren wird folgender Antrag gestellt: Sollte das Gericht aus den nachfolgend dargelegten Gründen gemäss Ziff. I. 2.1 – 2.4 nicht auf Nichteintreten entscheiden, so stellt die Beigeladene den Antrag, es sei vorfrageweise zu klären, ob der Beginn der Arbeitsfähigkeit (recte: Arbeitsunfähigkeit), deren Ursache zur Invalidität geführt hat (sachliche und zeitliche Konnexität), erst nach der Deckung durch die beschwerdeführende Vorsorgeeinrichtung eingetreten sei, und hernach sei über den Antrag auf Nichteintreten gemäss Rechtsbegehren Ziff. 1 zu entscheiden. 2.6 In ihrer Replik vom 9. März 2020 stellt die Beschwerdeführerin folgende Rechtsbegehren (A.S. 56 ff.): 1. Die mit Beschwerde vom 30. September 2019 gestellten Rechtsbegehren werden hiermit erneuert. 2. Überdies wird beantragt, den Antrag der Beschwerdegegnerin (recte: Beigeladenen) auf vorfrageweise Klärung von bestimmten Fragestellungen abzuweisen, soweit darauf überhaupt einzutreten ist. 2.7 Mit Verfügung vom 19. Mai 2020 wird festgestellt, dass sich die Beschwerdegegnerin innert Frist nicht zur Replik vom 9. März 2020 geäußert hat (A.S. 62 f.). 2.8 Mit Eingabe vom 8. Juni 2020 lässt der Vertreter der Beigeladenen mitteilen, es werde auf eine Stellungnahme verzichtet. Es sei auf die Vernehmlassung vom 4. (recte: 14.) Februar 2020 zu verweisen (IV-Nr. 65 f.). 2.9 Am 16. Juni 2020 reicht der Vertreter der Beigeladenen seine Kostennote ein (A.S. 69 f.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. 1.2 Die Beigeladene lässt zunächst geltend machen, sie bestreite die Legitimation der Beschwerdeführerin zur Anfechtung der Verfügung vom 3. September 2019. Zur Begründung wird vorgebracht, die Beschwerdeführerin halte selber fest, dass sie sich unabhängig vom Ausgang des vorliegenden Verfahrens nicht für leistungspflichtig erachte. Sie bestreite sowohl den sachlichen als auch den zeitlichen Konnex zwischen der während der D.\_\_\_\_-Anstellung eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der bestrittenen Invalidität. Die während der D.\_\_\_\_-Anstellung eingetretene Arbeitsunfähigkeit sei auf somatische Ursachen zurückzuführen, während die Invalidität auf psychischen Ursachen beruhe. Der Beschwerdeführerin fehle es an einem schutzwürdigen Interesse, den Entscheid der Invalidenversicherung anzufechten. Auf die Beschwerde sei daher mangels Legitimation nicht einzutreten (vgl. Vernehmlassung der Beigeladenen vom 14. Februar 2020, S. 3 f. Ziff. 2, A.S. 41 f.) Gemäss Art. 49 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) hat ein Versicherungsträger, der eine Verfügung erlässt, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, auch diesem die Verfügung zu eröffnen. Der andere Träger kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person. Von einem Berührtsein ist auszugehen, wenn sich aufgrund von Gesetzgebung bzw. Rechtsprechung eine Bindung eines Versicherungsträgers an die Verfügung eines anderen Trägers ergibt. Von praktischer Relevanz ist die Bindung der Vorsorgeeinrichtungen der beruflichen Vorsorge an den Invaliditätsgrad und den Beginn

der Invalidität, wie sie durch die IV-Stellen festgelegt werden. Diesbezüglich bejaht die Rechtsprechung ausdrücklich ein Berührtsein im Sinne von Art. 49 Abs. 4 ATSG (Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., 2020, Art. 49 ATSG, S. 900 f. Rz. 86 f. mit Hinweis auf BGE 132 V 1 E. 3.2 S. 4 f.). Wenn eine Bindung des einen Sozialversicherungsträgers an die Invaliditätsschätzung bzw. Invaliditätsfestlegung des anderen Trägers besteht, ist zugleich die Rechtsmittelbefugnis gegeben. So verhält es sich bei den Vorsorgeeinrichtungen, welche (in der obligatorischen beruflichen Vorsorge) grundsätzlich an die Festlegung des Invaliditätsgrads durch die IV-Stelle gebunden sind. Zwischen der 1. und der 2. Säule soll eine weitgehende materiell-rechtliche Koordination erreicht werden und es sollen die Organe der beruflichen Vorsorge von aufwendigen Abklärungen entbunden werden (Kieser, a.a.O., Art. 59 ATSG, S. 1065 Rz. 49 mit Hinweis). Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 3. September 2019 wurde u.a. auch der Beschwerdeführerin eröffnet (vgl. A.S. 2). Weil der Entscheid der Beschwerdegegnerin für die Beschwerdeführerin als Vorsorgeeinrichtung Bindungswirkung entfaltet und ihre eigene Leistungspflicht aufgrund des darin festgelegten Eintritts der Arbeitsunfähigkeit auf den 27. August 2012 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in Frage steht, hat sie ein schutzwürdiges Interesse an der gerichtlichen Überprüfung der von der Beschwerdegegnerin zugesprochenen Rente, und zwar grundsätzlich hinsichtlich der Voraussetzungen des Rentenanspruchs, der Rentenhöhe und des Rentenbeginns (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_286/2017 vom 14. Juni 2017 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Die Rechtsmittelbefugnis der Beschwerdeführerin setzt voraus, dass die Leistungszusprechung der IV grundsätzlich, der Höhe nach oder hinsichtlich ihres Beginns beanstandet wird (Susanne Genner, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 49, S. 657 Rz. 68). Diese Voraussetzung ist hier erfüllt. Dass die Beschwerdeführerin sowohl den sachlichen als auch den zeitlichen Konnex zwischen der während der D.\_\_\_\_-Anstellung vom 4. Juli 2011 bis 31. Juli 2013 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der bestrittenen Invalidität als nicht gegeben beurteilt, weil die während der D.\_\_\_\_-Anstellung eingetretene Arbeitsunfähigkeit auf somatische und die Invalidität auf psychische Ursachen zurückzuführen sei, und unabhängig vom Ausgang des vorliegenden Beschwerdeverfahrens den Anspruch der Beigeladenen auf eine Invaliditätsleistung bestreitet, ändert an ihrer Beschwerdebefugnis nichts. Indem die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung für die Organe der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge prinzipiell bindend ist, ist sie geeignet, die Leistungspflicht des BVG-Versicherers in grundsätzlicher, zeitlicher und masslicher Hinsicht im Sinne von Art. 49 Abs. 4 ATSG (unmittelbar) zu berühren. Die Beschwerdeführerin als Organ der beruflichen Vorsorge ist daher zur Beschwerde gegen die vorliegend angefochtene Verfügung über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad berechtigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_414/2007 vom 25. Juli 2008 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 132 V 1 E. 3.2 und 3.3.1 S. 4 f.). Deren Legitimation ist demnach gegeben und auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.3 Soweit die Beigeladene einen Antrag auf eine vorfrageweise Klärung der sachlichen und zeitlichen Konnexität stellt, ist darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Beschwerdeverfahren ausschliesslich die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. September 2019, womit der Beigeladenen eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde, Streitgegenstand bildet. Weitere Fragestellungen, welche mit der angefochtenen Verfügung nicht behandelt wurden, sind hier nicht zu beurteilen. Somit kann auf den entsprechenden Antrag der Beigeladenen (vgl. Vernehmlassung vom 14. Februar 2020, S. 2 unten [A.S. 40] und S. 5 Ziff. 2.5 [A.S. 43])

nicht eingetreten werden. 1.4 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 3. September 2019 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

#### **E. 4.1**

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin sprach der Beigeladenen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 3. September 2019 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente ab 1. August 2013 zu und begründete dies im Wesentlichen damit, im Belastbarkeitstraining in der L. \_\_\_ AG habe die Beigeladene während eines Jahres keine Steigerung des Pensums von über 2 Stunden und 15 Minuten pro Tag realisieren können, weshalb der zuständige Eingliederungsfachmann die beruflichen Eingliederungsmassnahmen zwecks erneuter Prüfung der gesundheitlichen Situation eingestellt habe. Gemäss den medizinischen Abklärungen sei die Beigeladene seit dem 27. August 2012 (Beginn der einjährigen Wartezeit) erwerbsunfähig. Sie habe daher ab 1. August 2013 Anspruch auf eine ganze Rente (IV-Nr. 156; A.S. 1 ff.). 4.1.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Leistungsanspruch sei vollumfänglich abzulehnen; eventualiter sei ein bidisziplinäres Gerichtsgutachten (Fachrichtung Psychiatrie und Neuropsychiatrie) einzuholen, subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Einholung eines bidisziplinären Gutachtens (Fachrichtung Psychiatrie und Neuropsychiatrie). Dies wird im Wesentlichen damit begründet, an verschiedenen Stellen werde offensichtlich, dass nicht die vollständigen medizinischen Akten vorhanden seien. So fehle es insbesondere auch an einer vollständigen Krankengeschichte vor dem Jahr 2012. Die Ärzte hätten deshalb vielfach auf unüberprüfbare Angaben der Beigeladenen abgestellt.

Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Gutachten in den verschiedensten Fachdisziplinen lasse sich per Juli 2013 keine langdauernde Arbeitsunfähigkeit herleiten. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2019 genüge in verschiedener Hinsicht den gesetzlichen Anforderungen nicht und sei widersprüchlich, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Dieses vorliegend jüngste psychiatrische Gutachten überzeuge nicht mehr als die drei früheren Expertisen; es vermöge die widersprüchliche Betrachtung nicht schlüssig und nachvollziehbar zu erklären. Eine psychische Gesundheitsstörung könne nicht plausibel gemacht werden, die mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine berufliche Leistungseinschränkung zu begründen vermöge. Der psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. N.\_\_\_\_ könne keine Beweiskraft zuerkannt werden (A.S. 8 ff.). In ihrer Replik erneuert die Beschwerdeführerin ihre gestellten Rechtsbegehren und weist noch darauf hin, die Ausführungen der Beschwerdegegnerin seien nicht geeignet, das Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ in einem besseren Licht erscheinen zu lassen. Es könne damit keine psychische Gesundheitsstörung plausibel gemacht werden, die mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine berufliche Leistungseinschränkung zu begründen vermöge (und schon gar nicht eine volle). Die Gutachterin sei auch nicht in der Lage, eine konkrete ICD-Diagnose zu stellen. Die Inkonsistenzen seien nicht ausreichend in die Beurteilung miteinbezogen worden. Es werde praktisch einzig auf die subjektiven Beschwerdeangaben der Beigeladenen abgestellt. Die versicherungsmedizinische Sachaufklärung sei somit unvollständig (A.S. 56 ff.).

4.1.3 Die Beigeladene lässt geltend machen, die Ausrichtung der ganzen Invalidenrente gestützt auf den Invaliditätsgrad von 100 % gründe auf der Überzeugung, dass das stark eingeschränkte Zumutbarkeitsprofil gemäss dem Beschrieb von Dr. med. N.\_\_\_\_ nicht auf den ersten Arbeitsmarkt passe. In der Konsequenz habe die Beschwerdegegnerin daher einzig richtig gefolgert, dass demnach lediglich eine Restarbeitsfähigkeit im geschützten Arbeitsmarkt gegeben sei, was folglich den Invaliditätsgrad von 100 % begründe. Diese Schlüsse stützten sich auf den bisherigen Verlauf, das komplexe Beschwerdebild und vorab auch auf die gescheiterten Eingliederungsversuche und hätten somit einen realen Bezug. Dr. med. N.\_\_\_\_ habe sich in ihrem Gutachten mit den gesamten relevanten Akten und dem geklagten Beschwerdebild auseinandergesetzt, Inkonsistenzen mitberücksichtigt und die Standardindikatoren beurteilt. Die Beschwerdegegnerin habe sorgfältig abgeklärt und sei zu einem nachvollziehbaren Entscheid gekommen.

4.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das oben (unter E. II. 3.25 hiervor) dargelegte, vorliegend jüngste psychiatrische Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2019 auf den Vorakten (vgl. versicherungsmedizinischer Aktenauszug, S. 4 ff. Ziff. 2) sowie der spezialärztlichen Untersuchung vom 21. November 2018 beruht. Die von der Explorandin angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachterin berücksichtigt (vgl. S. 9 f. Ziff. 3.1 f.) und in ihre Beurteilung einbezogen. Im Weiteren ermittelte die psychiatrische Gutachterin die aktuellen therapeutischen Bemühungen und die berufliche Situation, nahm eine gesundheitliche Anamnese vor und schilderte die aktuelle soziale Situation, die Soziobiographie, die täglichen Aktivitäten sowie die Schul- und Berufsausbildung der Explorandin (S. 11 ff. Ziff. 3.3 ff.). Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Ferner erhob sie den psychischen Befund und gab die klinisch-chemischen Untersuchungsergebnisse an (S. 16 f. Ziff. 4). Daraus wurden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet (S. 18 Ziff. 6). Es folgt eine sehr detaillierte und umfassende medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung mit einer Diskussion der Untersuchungsergebnisse

(S. 18 ff. Ziff. 7) und am Schluss des Gutachtens wurden die gestellten Fragen beantwortet (S. 27 f. Ziff. 8). Das von der psychiatrischen Gutachterin unterzeichnete Gutachten nimmt – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – auch zu den Standardindikatoren im Sinne von BGE 141 V 281, 143 V 409 und 143 V 418 Stellung und die psychiatrische Begutachtung wurde aufgrund der gegebenen Umstände sinnvollerweise durch eine weibliche Fachperson vorgenommen. Inhaltlich gelangt das psychiatrische Gutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet und begründet werden, wobei zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten im Rahmen der Beurteilung Stellung genommen wird (vgl. S. 22 ff. Ziff. 7). Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht (vgl. E. II. 2.5 hiervor).

4.3 Dr. med. N. \_\_\_ stellte die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig im Bereich zwischen leicht und mittelgradig liegend bei erstmaliger Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode im Jahr 2012 (F33.0/1), sowie einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), wobei sie bezüglich dieses Leidens keine Codierung vornahm bzw. vornehmen konnte. Dazu führte sie im Rahmen der Beurteilung aus, als komplexe posttraumatische Belastungsstörung werde ein psychisches Krankheitsbild bezeichnet, das sich infolge schwerer, anhaltender oder wiederholter Traumatisierungen (z.B. Misshandlungen oder sexueller Missbrauch, Kriegserfahrung, Folter, Naturkatastrophen, physische oder emotionale Vernachlässigung in der Kindheit, existenzbedrohende Lebensereignisse) entwickeln könne. Es könne sowohl direkt im Anschluss an die Traumata als auch mit zeitlicher Verzögerung (Monate bis Jahrzehnte) in Erscheinung treten. Im Unterschied zur «klassischen» PTBS sei es durch ein breites Spektrum kognitiver, affektiver und psychosozialer Beeinträchtigungen gekennzeichnet, die über einen längeren Zeitraum bestehen blieben. Der Begriff «komplexe PTBS» sei für dieses Krankheitsbild erst im Jahr 1992 eingeführt worden und im deutschen Sprachraum bislang noch nicht vollständig etabliert, er werde aber im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Klassifikationssystem der Psychiatrie, seit 1952 herausgegeben von der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft [APA] in den USA) als eigenständige Diagnose geführt und sei nun auch ins revidierte Klassifikationssystem der ICD-10, die ICD-11, aufgenommen worden, welche wohl noch im Jahr 2019 von der WHO verabschiedet werde (IV-Nr. 134.2. S. 3). Die Expertin legte im Weiteren nachvollziehbar dar, die diagnostische Umschreibung der bei der Beigeladenen festgestellten Störung im DSM-IV als komplexe PTBS erfasse die Problematik der Störung der Emotionsregulation, der Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein, der Selbstwahrnehmung, der Lebenseinstellung und des Interaktionsverhaltens differenzierter als das Pendant der ICD-10 und erfasse zusätzlich auch den Aspekt der Somatisierung, der bei Traumafolgestörungen häufig sei. Auch das Traumakriterium sei bei dieser Störung weniger streng gefasst als bei der anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung gemäss ICD-10, sodass das Traumakriterium für die Störung gemäss F62.0 bei der Beigeladenen an sich nicht erfüllt sei, auch wenn die diagnostischen Merkmale für diese Störung vorhanden seien. Deshalb sei im Fall der Beigeladenen die Diagnose einer komplexen PTBS vorzuziehen (IV-Nr. 134.2 S. 4). Damit wird von der psychiatrischen Gutachterin nachvollziehbar und plausibel erklärt, weshalb bei der Beigeladenen die Diagnose einer «komplexen PTBS» zu stellen ist und diese von ihr nicht codiert wurde. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, es handle sich bei den vorliegenden

gestellten Diagnosen einer leichten bis mittelgradigen Depression sowie einer komplexen PTBS um «sich widersprechende Differentialdiagnosen» und die Diagnose einer komplexen PTBS sei bisher in kein Klassifikationssystem (z.B. ICD-10) übernommen worden, weshalb eine derartige Diagnose auch keine sozialversicherungsrechtlichen Entschädigungsfolgen auslösen könne (vgl. Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 16.1.), kann nicht gefolgt werden. Diese Diagnosen wurden von der psychiatrischen Gutachterin nicht nur als möglich angesehen, sondern definitiv gestellt. Die Expertin kam aufgrund des Längsverlaufs der Akten zum Schluss, dass bei einer psychisch durch die Gewalterfahrungen in der Ehe bereits vulnerabilisierten, aber bisher noch kompensierten Explorandin im Rahmen des operativen Eingriffs an der HWS eine psychische Fehlverarbeitung bzw. –entwicklung in Gang gesetzt und eine psychische Störung ausgelöst worden sei, welche sich initial durch ein dissoziatives Geschehen (eine wahrscheinlich dissoziative mehrtägige Amnesie, dissoziative Lähmungserscheinungen in der linken Körperseite, Entfremdungserleben) und im weiteren Verlauf dann mit einer Reihe weiterer Symptomen manifestiert habe, die sich einerseits einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode zuordnen liessen und andererseits zu einer komplexen PTBS passten. Es sei sehr gut nachvollziehbar, dass diese Störungen auch die weitere «Schmerzverarbeitung» und das postoperative Schmerzerleben wesentlich negativ beeinflusst hätten, ein Umstand, der seitens der Klinik E. \_\_\_ mit der zusätzlichen Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfasst worden sei (vgl. IV-Nr. 30 S. 4 ff. [E. II. 3.6 hiervor]; IV-Nr. 134.2 S. 5). Im Weiteren führte Dr. med. N. \_\_\_ zum Ausmass der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung (F33.0/1) nachvollziehbar aus, zum medizinischen Verlauf seit der Begutachtung im Jahr 2015 bestünden nur wenig Informationen, sodass es retrospektiv auch nicht möglich sei zu beurteilen, ob es bezüglich der zuletzt im Arztbericht der Klinik J. \_\_\_ vom 21. März 2018 diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung zwischenzeitlich zu einer Remission gekommen sein könnte. Auch bezüglich der PTBS-Diagnose finde man keine Angaben zum Verlauf. Es werde lediglich vermerkt, dass aus therapeutischer Sicht langsame, aber stetige Fortschritte zu erkennen seien und dass die Explorandin eine hohe Therapiemotivation habe (IV-Nr. 124; vgl. E. II. 3.23 hiervor). Zusammenfassend kam die psychiatrische Gutachterin aufgrund ihre Untersuchungsergebnisse zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht seien die Diagnosen einer komplexen PTBS vor dem Hintergrund häuslicher Gewalterfahrungen in der Ehe, «getriggert» durch den subjektiv traumatisch erlebten operativen Eingriff an der HWS im Jahr 2012, eine (rezidivierende) depressive Störung seit dem Jahr 2012 mit aktuell leicht bis mittelgradig ausgeprägter depressiver Episode (ICD-10 33.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsakzentuierung mit stark leistungsorientierten und perfektionistischen Zügen (ICD-10 Z73.1) zu stellen (IV-Nr. 134.2 S. 1 und 7). Darauf ist abzustellen. Dass die Vorgutachter im polydisziplinären F. \_\_\_-Gutachten vom 2. September 2014 (vgl. E. II. 3.10 hiervor), lic. phil. H. \_\_\_ in seinem neuropsychologischen Gutachten vom 2. März 2015 (vgl. E. II. 3.14 hiervor) und PD Dr. med. I. \_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 22. Dezember 2015 (vgl. E. II. 3.18 hiervor) sowie in seiner Stellungnahme vom 2. März 2016 (IV-Nr. 80; vgl. E. II. 3.20 hiervor) zu anderen Untersuchungsergebnissen kamen und dementsprechend andere Schlüsse zogen, vermag den Beweiswert des vorliegend aktuellen psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. N. \_\_\_ vom 21. Januar 2019 (vgl. E. II. 3.25 hiervor) nicht zu schmälern. So kam auch RAD- und Facharzt Dr. med.

AC.\_\_\_\_ nach einer Würdigung des Gutachtens von Dr. med. N.\_\_\_\_ zum Schluss, dieses Gutachten vermöge zu überzeugen. An einer früheren Symptomatik im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung sei bei vertiefter Aktenanalyse kaum zu zweifeln, auch wenn diese Diagnose in den von Männern verfassten Gutachten nicht gestellt worden sei. Zusätzlich gestützt werde diese Beurteilung durch die Feststellungen des RAD anlässlich des Früherfassungsgesprächs vom 24. September 2012 (IV-Nr. 9 S. 4 ff.; vgl. E. II. 3.27 hiervor). Dieser von Dr. med. AC.\_\_\_\_ vorgenommenen fachärztlichen Beurteilung der Beweiskraft der eingeholten psychiatrischen Gutachten kann gefolgt werden. 4.4 Es gilt im Weiteren zu beachten, dass aus einer Diagnose – mit oder ohne diagnoseinhärenten Bezug zum Schweregrad – allein, unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit, keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen resultiert. Auch wenn die diagnostische Einordnung medizinisch notwendig ist, kann es aus juristischer Sicht damit nicht sein Bewenden haben. Entscheidend bleibt letztlich vielmehr die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung. Bei dieser Folgenabschätzung steht die Diagnose nicht mehr im Zentrum, sondern sie ist Ausgangspunkt zur Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierten Merkmale überhaupt vorliegt. Dies macht deutlich, dass die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen kann, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Es ist festzuhalten, dass sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren haben; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung. Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f., 143 V 418 E. 6 S. 426 f.). Dr. med. N.\_\_\_\_ nahm im oben (unter E. II. 3.25 hiervor) wiedergegebenen psychiatrischen Gutachten vom 21. Januar 2019 zu den Indikatoren ausführlich und detailliert Stellung. Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» bzw. zur «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» wurde zusammenfassend ausgeführt, zwar liessen sich aufgrund der leicht – bis mittelgradigen depressiven Symptomatik und der komplexen PTBS leistungsrelevante funktionelle Beeinträchtigungen psychischer Funktionen und des beruflichen Leistungsvermögens begründen, so eine verminderte psychische Belastbarkeit/Stressbelastung aufgrund der emotionalen Instabilität mit schwankenden Stimmungen und Befindlichkeiten, Schwierigkeiten mit der Affektkontrolle, ein vermindertes Selbstvertrauen sowie auch eine verminderte zeitliche Belastbarkeit aufgrund einer überdurchschnittlichen Ermüdung mit verminderter Konzentrationsspanne im Zusammenhang mit dem anhaltend erhöhten psychovegetativen Arousal/Anspannung im Rahmen der komplexen PTBS und der depressiven Symptomatik sowie auch vor dem

Hintergrund der prämorbid sehr leistungsorientierten und perfektionistischen Persönlichkeitsdisposition mit überhöhten Ansprüchen an sich selber, auf der anderen Seite sei eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten gerade auch mit Blick auf das recht gute Funktionsniveau im Alltag medizinisch nicht so recht nachvollziehbar (IV-Nr. 134.2 S. 7 f.). Zum Kriterium «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz» wurde sodann dargelegt, es handle sich bei sämtlichen drei psychischen Erkrankungen (rezidivierende depressive Störung, komplexe PTBS, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) im Prinzip um behandelbare Störungen, die jedoch trotz kontinuierlicher ambulanter Psychotherapie und zweimaligen stationären psychiatrischen Behandlungen seit 2012 mehr oder weniger unverändert weiterbeständen mit – nach den Angaben der behandelnden Fachperson – lediglich graduellen Fortschritten. Es sei jedoch nicht davon auszugehen, dass durch eine erneute stationäre oder teilstationäre Behandlung eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands eintreten würde (IV-Nr. 134.2 S. 8 f.). Sodann wurde unter dem Gesichtspunkt der «Komorbiditäten» nebst den verschiedenen psychischen Leiden auch der operative Eingriff an der HWS vom 27. August 2012 mit dissoziativen Symptomen berücksichtigt. Es wurde festgestellt, aktuell mache die Explorandin zwar erhebliche Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlungen in die Schultern und Arme geltend und begründe damit auch gewisse Einschränkungen im Alltag, sie nehme aber die verschriebenen analgetischen Präparate inklusive ein Antidepressivum offensichtlich nicht in der von ihr angegebenen Regelmässigkeit und Form ein, wie dies die Medikamentenspiegelbestimmung am späten Vormittag ergeben habe. Vor diesem Hintergrund sei der Leidensdruck bezüglich der Schmerzen zu relativieren und auch das recht gute Funktionsniveau im Alltag bezüglich körperlicher Beschwerden spreche gegen eine schwere Schmerzstörung mit Leistungsrelevanz für (an das somatische Leiden) angepasste Tätigkeiten (IV-Nr. 134.2 S. 6). Zum Komplex «Persönlichkeit» wurden die Schul- und Berufsausbildung der Explorandin, ihre letzte Tätigkeit sowie die aktuelle berufliche Situation, ihre Soziobiographie sowie ihre Tagesaktivitäten und Freizeitbeschäftigungen detailliert geschildert und gewürdigt (IV-Nr. 134.1 S. 11 ff.). Bezüglich der «persönlichen Ressourcen» wurde angegeben, es seien ein recht gut strukturierter und recht aktiver Tagesablauf sowie auch die vorhandenen stützenden sozialen Bezüge zu erwähnen. Nach den eigenen Angaben der Explorandin habe zwar ein sozialer Rückzug stattgefunden, jedoch könne nicht von einer eigentlichen sozialen Isolation gesprochen werden. Haltgebend sei für die Explorandin auch die Verantwortung für ihren Hund. Sie fahre auch weiterhin Auto, nachdem die Fahreignung kürzlich medizinisch abgeklärt und für gegeben beurteilt worden sei. Von beruflicher Seite verfüge sie über PC-Kenntnisse zum Beispiel für Textverarbeitung und habe an ihren Arbeitsstellen auch mit PC-Arbeiten zu tun. Sie verfüge aber über keinen Berufsabschluss, was sich negativ auf ihre Chancen im Stellenmarkt auswirken könne (IV-Nr. 134.2 S. 9 Ziff. 7.4.). Sodann wurde auch der aktuelle «Soziale Kontext» gewürdigt und mitberücksichtigt (IV-Nr. 134.1 S. 11 ff.). Zur Kategorie «Konsistenz» wurde schliesslich dargelegt, es ergäben sich Hinweise auf Inkonsistenzen/Diskrepanzen bezüglich der geltend gemachten gesundheitlichen Einschränkungen inklusive der Selbsteinschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit und dem geschilderten Aktivitätsniveau im Alltag, welche auf den Einfluss nicht medizinischer/krankheitsfremder Faktoren im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns hinwiesen. Die geklagten Symptome und Funktionseinbussen seien zwar nachvollziehbar und liessen sich teilweise auch im psychischen Befund abbilden, sie

seien jedoch teilweise nicht konsistent mit dem recht guten Funktionsniveau im Alltag (IV-Nr. 134.2 S. 9 Ziff.7.3.). Angesichts der vorerwähnten Beurteilung der massgebenden Indikatoren kam die psychiatrische Gutachterin zum Schluss, aus versicherungspsychiatrischer Sicht lasse sich eine anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt, wie sie von Seiten des psychiatrischen Ambulatoriums der Klinik E.\_\_\_\_ attestiert worden sei, nicht ausreichend begründen. Unter Berücksichtigung der höchstens moderat ausgeprägten funktionellen Beeinträchtigungen und der erkennbaren Ressourcen (siehe Funktionsniveau im Alltag) sollte in einer optimal angepassten Tätigkeit unter ausschliesslicher Berücksichtigung medizinischer Aspekte zumindest eine Restleistungsfähigkeit realisierbar sein. Eine dem Leiden optimal angepasste Tätigkeit wäre eine Tätigkeit mit kurzem Arbeitsweg in wohlwollender, verständnisvoller Umgebung mit geringen Ansprüchen an das kognitiv-intellektuelle Leistungsniveau (eine eher manuelle Tätigkeit), das Rendement, die allgemeine psychische Belastbarkeit und die sozialen Kompetenzen (keine ausgesprochene Teamarbeit, wenig Kundenkontakte) sowie der Möglichkeit, ohne Zeitdruck zu arbeiten. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei eine Restleistungsfähigkeit von ca. 50 % (Zeit/Leistung) gegeben. Die zumutbare Arbeitszeit von 4 bis 5 Stunden pro Tag könnte dabei auf den Vor- und Nachmittag aufgeteilt werden mit einer längeren Mittagspause dazwischen. Eine berufliche Betätigung wäre aus fachpsychiatrischer Sicht dem Selbstwert und dem psychischen Gesundheitszustand der Explorandin zuträglich und hätte damit auch einen therapeutischen Aspekt. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Telefonistin und Sachbearbeiterin bei der D.\_\_\_\_ entspreche dagegen dem oben formulierten angepassten Zumutbarkeitsprofil hinsichtlich der Ansprüche an die intellektuell/kognitiven Anforderungen derzeit nicht, weshalb für diese Tätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (IV-Nr. 134.2 S. 8). Dieser nachvollziehbaren, differenzierten und schlüssigen fachärztlichen Beurteilung ist zu folgen. Trotz der erwähnten Beeinträchtigungen ist von einer grundsätzlich noch bestehenden Restarbeitsfähigkeit der Beigeladenen in einer angepassten Verweistätigkeit auszugehen. Die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen der umfassenden Betrachtung lässt die von der psychiatrischen Gutachterin vorgenommene Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, die medizinische Sachverständige habe sich bei der Beurteilung der funktionellen Auswirkungen der Störung nicht an den normativen Vorgaben im Sinne von BGE 141 V 281 orientiert, trifft nach dem Gesagten nicht zu. Ebenso wenig kann gesagt werden, die psychiatrische Gutachterin habe einzig auf die subjektiven Angaben der Explorandin abgestellt. Die bestehenden Inkonsistenzen bzw. Diskrepanzen wurden im Rahmen der Indikatorenprüfung angegeben und bei der Beurteilung des aus medizinischer Sicht erreichbaren Leistungsvermögens der Beigeladenen mitberücksichtigt. Das Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ wird insoweit von den aktuell behandelnden Fachpersonen der Klinik E.\_\_\_\_, Ambulatorium [...], gestützt, als sie in ihrer Stellungnahme vom 12. Februar 2019 darauf hinweisen, die psychiatrische Gutachterin habe die Beigeladene recht gut erfasst. Es gebe Tage, an welchen das Funktionsniveau der Beigeladenen recht gut sei, der Verlauf sei jedoch sehr schwankend (IV-Nr. 140; E. II. 3.26 hiervor). Soweit die Behandler aufgrund des schwankenden Verlaufs und auch Dr. med. AC.\_\_\_\_ nach Durchsicht des gesamten Dossiers (Stellungnahme vom 7. März 2019, IV-Nr. 142; E. II. 3.28 hiervor) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten, kann ihnen jedoch nicht gefolgt werden, handelt es sich dabei doch lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts.

Aus diesen Stellungnahmen gehen keine konkreten Indizien hervor, welche die Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. med. N.\_\_\_\_ in Frage stellen (vgl. E. II. 2.6 hiervor).

4.5 Es ist im Weiteren nicht ersichtlich, welche ausstehenden medizinischen Akten, insbesondere die vollständige Krankengeschichte vor dem Jahr 2012, zu einer anderen Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands der Beigeladenen aufgrund des beweiskräftigen Gutachtens von Dr. med. N.\_\_\_\_ führen sollte. Von einer «Vervollständigung der medizinischen Akten», wie dies von der Beschwerdeführerin erwartet wird, kann daher abgesehen werden. Auch die medizinischen Angaben im Gesprächsprotokoll Früherfassung/Intake vom 24. September 2012 (IV-Nr. 9) bietet dazu keine Veranlassung. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beigeladene in der Lage war bzw. ist, die fachärztlich festgestellte Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten.

5. 5.1 Nach der Rechtsprechung ist die Unverwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nicht leichthin anzunehmen. Die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend sind rechtsprechungsgemäss die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang, oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers rechnen können (Urteil 8C\_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 7.2 mit Hinweis). Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C\_416/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 4 mit Hinweis auf das Urteil 9C\_766/2019 vom 11. September 2020 E. 4.1 mit Hinweisen sowie Christoph Frey/Nathalie Lang, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 72 zu Art. 16 ATSG).

5.2 Die Beschwerdegegnerin hielt in der vorliegend angefochtenen Verfügung fest, aufgrund der durchgeführten medizinischen Abklärungen und der absolvierten beruflichen Eingliederungsmassnahmen sei die Beigeladene als erwerbsunfähig zu qualifizieren. Sie stützte sich dabei auf die mit dem Eingliederungsfachmann sowie dem RAD-Arzt Dr. med. AC.\_\_\_\_ durchgeführte Besprechung vom 8. März 2019, worin die erwähnten Fachpersonen übereinstimmend zum Schluss kamen, das Zumutbarkeitsprofil der Beigeladenen entspreche keiner Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt (vgl. IV-Nr. 142). Dazu ist zunächst Folgendes festzuhalten: Die Beigeladene absolvierte vom 13. März 2017 bis 30. April 2018 ein Belastbarkeitstraining in der Backstube bzw. Bäckerei der L.\_\_\_\_ AG, [...] (vgl. IV-Nr. 97 bis 126). Sie fühlte sich gemäss den Angaben im Zwischenbericht der Beruflichen Eingliederung der Beschwerdegegnerin vom 7. März 2017 bereit und in der Lage, die berufliche Eingliederung mit einem Startpensum von 2 Stunden pro Tag an vier Tagen pro Woche in Angriff zu nehmen (IV-Nr. 97). Laut dem Zwischenbericht vom 20. Juni 2017 konnte die Beigeladene dieses Belastbarkeitstraining gut beginnen, wobei sie

mit einigen körperlichen Problemen zu kämpfen gehabt und für den zweistündigen Einsatz sehr viel Energie brauche habe; in Absprache mit der behandelnden Psychologin sei das Belastbarkeitstraining um 3 Monate verlängert worden, damit die Beigeladene die Chance erhalte, ihr Pensum zu steigern und sich weiter an die neue Situation zu gewöhnen (IV-Nr. 108). Im Zwischenbericht vom 12. September 2017 wurde vermerkt, die Beigeladene wolle ihre Chance in der L. \_\_\_ AG angesichts ihrer vielen Probleme unbedingt nutzen. Gemäss den Angaben der Therapeutin mache sie gerade grosse Fortschritte, sie sehe die Zukunft positiv; der Einsatz wurde um weitere 6 Monate verlängert, damit sich die Beigeladene weiterentwickeln und stabilisieren könne (IV-Nr. 113; vgl. auch Verlaufsbericht vom 18. Juni 2017 [IV-Nr. 112]). Letztmals wurde das Belastbarkeitstraining um einen Monat bis zum 30. April 2018 verlängert (IV-Nr. 120). Gemäss dem Abschlussbericht des Eingliederungsfachmanns der Beschwerdegegnerin vom 20. Februar 2018 konnte die Beigeladene ihr Arbeitspensum in der Backstube der L. \_\_\_ AG über 12 Monate nicht über 2 Stunden und 15 Minuten pro Tag an 4 Tagen pro Woche steigern. Sie wolle zwar weiterhin in der Backstube der L. \_\_\_ AG arbeiten, Abklärungen hätten jedoch ergeben, dass sie dort nicht im geschützten Bereich arbeiten könne. Die Beurteilung des Eingliederungsfachmanns zur Eingliederungsfähigkeit lautete dahingehend, er habe die Beigeladene als «gebrochene Frau» erlebt. Ihre Arbeitsleistung sei jedoch adäquat gewesen (100 %). Diese Restarbeitsfähigkeit könne vorwiegend im 2. Arbeitsmarkt verwertet werden (IV-Nr. 122). Laut dem Bericht des Integrationscoach der L. \_\_\_ AG vom 27. März 2018 (Berichtszeitraum vom 18. September 2017 bis 27. März 2018) teilte die Beigeladene der Sozialbegleitung mit, dass ihr die Arbeit weiterhin viel Freude bereite. Der Austausch und die fröhliche Stimmung im Team gefielen ihr besonders gut. Gemäss eigener Aussage werde sie dadurch «gezwungen», unter Leute zu gehen. Privat habe sie sich nämlich sehr zurückgezogen. Gemäss eigenen Angaben habe sich die Versicherte während ihres Pensums von 2 Stunden und 15 Minuten pro Tag an vier Tagen pro Woche sehr verausgabt, sei sich dessen jedoch erst nach Arbeitsende bewusst geworden, wenn sich die Erschöpfung bereits eingestellt habe. Die behandelnde Psychologin habe bestätigt, dass die Patientin ihr Arbeitspensum unter grosser Anspannung und Leistungsdruck absolviert und dabei kein gesundes Mass an Verausgabung gefunden habe. Auch in einem Gespräch mit der Gruppenleitung habe keine Lösung gefunden werden können, die es der Beigeladenen ermöglicht hätte, sich bei der Arbeit etwas zu entspannen. Die Gruppenleitung habe der Versicherten deshalb vorgeschlagen, zwischen dem Abwägen von verschiedenen Teigen zur Auflockerung eine andere Aufgabe zu erledigen. Die Versicherte sei auf diesen Vorschlag jedoch nicht eingegangen. Gemäss der Aussage der Versicherten sei es ihr durch Ermahnungen der Gruppenleitungen, schön ruhig und langsam zu arbeiten, teilweise gelungen, sich etwas zu entspannen. Sobald die Gruppenleitung dies unterlassen habe, sei sie wieder in ihr altes Muster zurückgefallen. Sie habe sich auch dahingehend geäussert, das Ausmass der Erschöpfung nach der Arbeit sei auch abhängig davon, wie viele sonstige private Probleme anstünden. In den Gesprächen mit der Sozialbegleitung sei es schwierig gewesen, ihren Fokus auf die Arbeit zu lenken, da sie viele private Probleme beschäftigt hätten. Sodann wurde ausgeführt, gemäss eigener Aussage leide die Versicherte weiterhin an Gedächtnislücken und habe daher beim Arbeiten nach Rezepten Hilfsmittel (zum Abdecken) eingesetzt. Die Gruppenleitung habe festgestellt, dass der Versicherten in den letzten Wochen wieder vermehrt Fehler unterlaufen seien. Sie wirke öfters nervös, unruhig und teilweise gedanklich abwesend. Laut Gruppenleitung habe sich die Versicherte selber gestresst, weil sie zu hastig und zu unkonzentriert gearbeitet habe, worauf ihr die Fehler

unterlaufen seien. Sie habe sich dann jeweils grosse Selbstvorwürfe gemacht. Sie habe kritische Anmerkungen zwar annehmen können, diese aber oft zu persönlich genommen. In den Gesprächen mit der Sozialbegleitung habe sich gezeigt, dass die Versicherte sehr hohe Ansprüche an sich selbst gestellt (Perfektionismus) und sich damit unter grossen Druck gesetzt habe. Dies habe zu Selbstzweifeln geführt. Die Versicherte habe mitgeteilt, sie habe gelernt, aktiv andere Teilnehmer um Unterstützung zu bitten, wenn sie beispielsweise etwas nicht habe hochheben können. Ihre Psychologin habe diesbezüglich Erfolge bestätigt, jedoch auch gemeint, dass dies noch ausbaufähig sei. Die Sozialbegleitung habe festgestellt, dass die Versicherte auch hohe Ansprüche an die anderen Mitarbeitenden habe. Sie habe sich beispielsweise über deren mangelnde Einsatzbereitschaft aufgeregt. Weiterhin habe sie sich nicht genügend von deren Problemen abgrenzen können und habe sich verantwortlich gefühlt, ihnen Lösungswege aufzuzeigen, anstatt sich auf die eigene Problematik zu konzentrieren. Die Versicherte habe mitgeteilt, dass sie teilweise unter starken wetterbedingten Rückenschmerzen gelitten habe. Ausserdem habe sie Momente erlebt, in denen sie die Kontrolle über ihre Hände verloren habe. Zur Entlastung sei ihr ein Stehstuhl organisiert worden, den sie regelmässig ohne Aufforderung benützt habe. Da aufgrund der aktuellen Ausgangslage eine weitere Pensumssteigerung nicht realisierbar gewesen sei, sei eine Rentenprüfung beschlossen worden. Die Anforderungen für einen geschützten Arbeitsplatz in der Nahrungsmittelfertigung der Durchführungsstelle erfülle die Versicherte nicht. Zur Zielerreichung wurde angegeben, es habe lediglich eine Steigerung des Pensums um 15 Minuten pro Tag erreicht werden können. Eine weitere Steigerung sei nicht realisierbar, da die Versicherte nach zwei Stunden und 15 Minuten stark erschöpft sei. Am Ende des Zeitraums der Berichterstattung habe sie ein stabil erreichtes Pensum von 28.12 % erreicht. Aus Sicht der Durchführungsstelle sei die Versicherte zum aktuellen Zeitpunkt nicht im ersten Arbeitsmarkt vermittelbar (IV-Nr. 126 S. 9 ff.) 5.3 Der Verlauf des vorerwähnten Eingliederungsversuchs steht nicht in Einklang mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_. Nach den Angaben der psychiatrischen Gutachterin lässt sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht eine anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht ausreichend begründen. Unter Berücksichtigung der höchstens moderat ausgeprägten funktionellen Beeinträchtigungen und der erkennbaren Ressourcen sollte in einer optimal angepassten Tätigkeit zumindest eine Restleistungsfähigkeit realisierbar sein. Nach den Angaben der Gutachterin wäre eine dem Leiden optimal angepasste Tätigkeit eine solche mit kurzem Arbeitsweg in wohlwollender, verständnisvoller Umgebung mit geringen Ansprüchen an das kognitiv-intellektuelle Leistungsniveau (eine eher manuelle Tätigkeit), das Rendement, die allgemeine psychische Belastbarkeit und die sozialen Kompetenzen (keine ausgesprochene Teamarbeit, wenig Kundenkontakte) sowie mit der Möglichkeit, ohne Zeitdruck zu arbeiten. Eine solche Tätigkeit wäre nach Auffassung der Gutachterin medizinisch theoretisch zu ca. 50 % (Zeit/Leistung), d.h. während 4 bis 5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche mit einer Aufteilung der Arbeitszeit auf die Vor- und Nachmittage mit einer längeren Mittagspause dazwischen zumutbar (IV-Nr. 134.2 S. 8 und 10). Der erwähnte Ausgang der beruflichen Eingliederung ist für Dr. med. N.\_\_\_\_ mit Blick auf das recht gute Funktionsniveau der Beigeladenen im Alltag aus fachpsychiatrischer Sicht «nicht ausreichend nachvollziehbar»; dies lasse zusätzlich zur Einschränkung der Leistungsfähigkeit auch an eine suboptimale Leistungsbereitschaft ohne medizinischen Hintergrund bei eher bewusstseinsnahen Prozessen denken, wie dies schon im F.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. September 2014 postuliert worden sei. Dabei sei insbesondere an

eine stark defizitorientierte Selbsteinschätzung der Explorandin bezüglich der eigenen Arbeitsfähigkeit mit daraus resultierender negativer Erwartungshaltung sowie auch an die erheblichen Existenzängste und wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Versicherten zu denken (IV-Nr. 134.2 S. 8). Es trifft zu, dass das oben von der Gutachterin beschriebene Zumutbarkeitsprofil nicht nur hinsichtlich der in Frage kommenden Tätigkeiten (kognitiv-intellektuell einfache, repetitive und eher manuelle Hilfs- bzw. Routinearbeiten), sondern vor allem auch in Bezug auf die zu beachtenden Rahmenbedingungen (kurzer Arbeitsweg; wohlwollende, verständnisvolle Umgebung; geringe Ansprüche an das Rendement, die allgemeine psychische Belastbarkeit und an die sozialen Kompetenzen; kein Zeit- und Arbeitsdruck; Aufteilung der Arbeitszeit auf Vor- und Nachmittag mit längerer Mittagspause) als einschränkend anzusehen ist. Es gilt jedoch zu beachten, dass die Beigeladene seit 1984 im Büro, als Verkäuferin und im Service arbeitete und verschiedene Weiterbildungen absolvierte. Ab dem Jahr 2004 war sie Geschäftsführerin einer Boutique, welche sie von 2007 bis 2009 als Inhaberin und danach noch während eines Jahres führte (vgl. Lebenslauf, IV-Nr. 134.4 S. 1 ff.). Im Juli 2011 konnte sie die Vollzeitstelle als Sachbearbeiterin bei der D.\_\_\_\_ antreten (IV-Nr. 2, 11 und 21 f.). Auch wenn diese beruflichen Tätigkeiten längere Zeit zurückliegen und aufgrund der seit August 2012 bestehenden Einschränkungen nicht mehr in Frage kommen, ist davon auszugehen, dass die Beigeladene früher über eine gewisse Geschäftstüchtigkeit verfügt hat und auch aktuell noch eine gewisse berufliche Erfahrung vorhanden ist. Dr. med. N.\_\_\_\_ erachtete die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Telefonistin und Sachbearbeiterin wegen der intellektuell/kognitiven Anforderungen als unzumutbar, also offenbar nicht aus anderen Gründen (IV-Nr. 134.2 S. 8). Im Weiteren verfügt die Beigeladene über ein nicht unerhebliches Aktivitätsniveau. Sie geht täglich am Morgen und zumeist auch am Abend mit ihrem Hund, um den sie sich kümmert, auf einen halbstündigen Spaziergang. Danach erledigt sie die Hausarbeiten (mit Ausnahme der schweren Arbeiten wie Fensterputzen), geht mit dem Auto einkaufen und besucht ihre in der Nähe wohnende Mutter. Sie wohnt zusammen mit ihrem 25-jährigen Sohn im eigenen Haus. Ausserdem erledigt sie im Garten verschiedene Arbeiten (Laubrechen und Ähnliches). Sie trifft sich regelmässig mit zwei guten Kolleginnen (zur aktuellen Untersuchung wurde sie von einer Kollegin nach [...] gefahren) und hat einen sehr guten Kontakt zu ihren Söhnen. Im Weiteren geht sie mit ihrer Nachbarin ab und zu spazieren. Schliesslich führt sie seit vier Jahren eine Fernbeziehung mit ihrem Freund, der in [...] /Türkei lebt, wobei sie ihn zwei Monate vor der aktuellen Begutachtung besuchte (vgl. IV-Nr. 134.1 S. 13 f.). Wie erwähnt, ist die Unverwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nicht leichthin anzunehmen. Die von Dr. med. N.\_\_\_\_ umschriebenen, als zumutbar erachteten eher manuellen Tätigkeiten mit geringen Ansprüchen an die psychische Belastbarkeit und die sozialen Kompetenzen könnten unter den Bedingungen eines wohlwollenden Arbeitgebers im Rahmen der zu beachtenden Rahmenbedingungen (kein Zeitdruck, kurzer Arbeitsweg, Aufteilung der Arbeitszeit auf Vor- und Nachmittag mit längerer Mittagspause) durchaus ausgeübt werden. Aufgrund der gegebenen Umstände kann nicht gesagt werden, eine zumutbare Tätigkeit sei der Beigeladenen nur unter derart eingeschränkten Bedingungen möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt und das Finden einer entsprechenden Stelle zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint. Daran vermag der Verlauf des Belastbarkeitstrainings im Rahmen der beruflichen Eingliederung im Zeitraum vom 13. März 2017 bis 30. April 2018 nichts zu ändern. Im Folgenden ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

## E. 6

6.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Im vorliegenden Fall arbeitete die Beigeladene seit dem 4. Juli 2011 als Sachbearbeiterin (100 %) bei der D.\_\_\_\_, [...]. Dabei erzielte sie ab 1. April 2012 ein Einkommen von CHF 5'000.00 pro Monat (x 13) bzw. CHF 65'000.00 pro Jahr (vgl. Arbeitgeberbericht vom 4. Oktober 2012, IV-Nr. 11 S. 2 ff.). Angepasst an die Nominallohnentwicklung (Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik [BFS], Nominallohnindex Frauen, Sektor 64 bis 66 [2012: 102.8, 2013: 103.6]) beläuft sich das Valideneinkommen auf CHF 65'506.00.

6.2 Da die Beigeladene seit ihrer letzten Tätigkeit bei der vorerwähnten Arbeitgeberin keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 des BFS heranzuziehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Nach den hier massgebenden Angaben von Dr. med. N.\_\_\_\_ ist die Beigeladene in der Lage, eine dem Leiden optimal angepasste Tätigkeit mit kurzen Arbeitsweg in wohlwollender, verständnisvoller Umgebung mit geringen Ansprüchen an das kognitiv-intellektuelle Leistungsniveau (eine eher manuelle Tätigkeit), das Rendement, an die allgemeine psychische Belastbarkeit und die sozialen Kompetenzen (keine ausgesprochene Teamarbeit, wenig Kundenkontakte), sowie der Möglichkeit, ohne Zeitdruck zu arbeiten, im Ausmass von 50 % (bezogen auf eine 100%-Pensum; 4 bis 5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche) auszuüben, wobei die Arbeitszeit auf die Vor- und Nachmittage mit einer längeren Mittagspause dazwischen aufzuteilen ist (IV-Nr. 134.2 S. 8 und 10). Demnach ist sie in der Lage, ein Einkommen von CHF 2'056.00 (50 % von CHF 4'112.00; vgl. LSE 2012, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Std. pro Woche und die Nominallohnentwicklung (Lohnentwicklung, Nominallohnindex Frauen, Total [2012: 102.0, 2013: 102.6]) ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 2'156.00 pro Monat.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invalidier zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Weil gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten

behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmassig benachteiligt sind und daher in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen, sind die statistischen Tabellenlöhne gegebenenfalls zu kürzen. Daher ist zwar nicht automatisch und in jedem Fall, aber doch in aller Regel bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und/oder behinderungsbedingten zusätzlichen Limitierungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a N 100). Der Umstand, dass die Beigeladene nur noch Tätigkeiten in wohlwollender, verständnisvoller Umgebung mit geringen Ansprüchen an das kognitiv-intellektuelle Leistungsniveau, das Rendement, die allgemeine psychische Belastbarkeit und die sozialen Kompetenzen sowie ohne Zeitdruck nur noch teilzeitlich ausüben kann, rechtfertigt einen Abzug vom Tabellenlohn im Ausmass von 10 %. Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 1'940.40 pro Monat bzw. CHF 23'285.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 65'506.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von (abgerundet) 64 %. Die Beigeladene hat somit Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. 2.2 hiervor).

6.3 Der Zeitpunkt des Rentenbeginns wurde aufgrund der hier massgebenden Angaben im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ zu Recht auf den 1. August 2013 festgelegt, da sich die diagnostizierte komplexe PTBS nach dem operativen Eingriff an der HWS Ende August 2012 manifestierte (vgl. IV-Nr. 134.2 S. 1).

7. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. September 2019, worin der Beigeladenen eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde, aufzuheben. Der Beigeladenen ist ab 1. August 2013 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Der medizinische Sachverhalt wurde von der Beschwerdegegnerin umfassend und damit genügend abgeklärt. Es besteht somit kein Anlass, ein bidisziplinäres (psychiatrisches und neuropsychiatrisches) Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben, wie dies eventualiter beantragt wird, oder die Sache deswegen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten sind, ist auf solche zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_30/2020 vom 6. Mai 2020 E. 5.3 mit Hinweis u.a. auf BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368 f.).

## **E. 8**

Die vom Vertreter der Beigeladenen eingereichte Kostennote vom 16. Juni 2020 (A.S. 70) weist einen Zeitaufwand von insgesamt 11.3 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 230.00 sowie eine Spesenpauschale von CHF 77.95 (3 %) aus. Dazu ist festzuhalten, dass reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und somit nicht separat zu vergüten sind. Demnach können die in der Kostennote unter den Daten vom 6. Dezember 2019 und 15. Januar 2020 (Fristerstreckungsgesuche, je 0.2 Std.) sowie 14. Februar 2020 (Orientierungskopie an Klientin, 0.3 Std.) angegebenen Positionen nicht berücksichtigt werden. Demnach ist der geltend gemachte Zeitaufwand um 0.7 Stunden auf 10.6 Stunden zu kürzen. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes von CHF 230.00, der Auslagen von CHF 77.95 und der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'709.70 (Honorar von CHF 2'438.00, Auslagen von CHF 77.95, MwSt. von CHF 193.75 [7.7 %]).

Damit wird das Gesuch der Beigeladenen um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Vernehmlassung vom 14. Februar 2020, Rechtsbegehren Ziff. 3; A.S. 40) hinfällig.

Demnach wird erkannt:

4. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 werden zu CHF 450.00 der Beschwerdeführerin und zu CHF 150.00 der Beschwerdegegnerin auferlegt. Die Differenz von CHF 150.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.