

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.99 vom 12. März 2019

SO Obergericht, 2019-03-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.99](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.99)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.99 du 12 mars 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.99 del 12 marzo 2019

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) 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).

3. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, die Beschwerdegegnerin gehe aktenwidrig vom Fehlen einer schweren Ausprägung der gesundheitlichen Störung aus, ohne diese Feststellung auf objektive Befunde abzustützen. Demnach ist im Folgenden der aus den vorliegenden Akten hervorgehende medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin (Lungenpraxis), vom 24. Juni 2014 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, Polygraphischer Apnoe/Hypopnoeindex von 47/h und Desaturationsindex von 41/h, Tagessymptomatik mit pathologischem Epworth Sleepiness Score von 15/24, Risikofaktoren: Morbide Adipositas (BMI 39), enge anatomische Verhältnisse oropharyngeal, CPAP-Therapie seit 08.12.2011; Arterielle Hypertonie». Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, die Patientin sei mit dem Effekt der CPAP-Therapie sehr zufrieden. Ohne Maske könne sie schon gar nicht mehr ruhig schlafen. Auch sei sie deutlich weniger müde, was sich in einer Abnahme des Epworth Sleepiness Score von 15 auf 9 bestätige. Zudem sei die frühere Migräne verschwunden und der Blutdruck medikamentös stets gut eingestellt. Auch objektiv zeige sich ein guter Behandlungseffekt mit einem Apnoe/Hypopnoeindex von 0.4/h und einem Desaturationsindex von 1.8/h. Die Compliance sei mit einer durchschnittlichen Benutzungsdauer von 7 Stunden und 15 Minuten und 95 % der Nächte über 4 Stunden gut. In den letzten 3 Jahren habe die Patientin von 94 auf 100 kg (BMI 40) weiter leicht zugenommen. Es sei ihr empfohlen worden, regelmässig etwas Sport zu treiben (IV-Nr. 12 S. 9 ff.).

3.2 Im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2015 wurde im Wesentlichen angegeben, die Patientin sei mit dem Effekt der CPAP-Therapie weiterhin sehr zufrieden.

Die nächtlichen Erstickungsanfälle seien damit nie mehr aufgetreten. Entsprechend sei die Compliance mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von 7.7 Stunden pro Nacht und 96 % der Nächte länger als 4 Stunden sehr gut. Der Gerätedownload spreche für einen guten Behandlungseffekt mit einem Apnoe-/Hypopnoeindex von 0.3/h. Diskrepanz dazu zeige die nächtliche Pulsoxymetrie eine etwas verminderte durchschnittliche Sauerstoffsättigung von 91 % und einen Desaturationsindex von 12/h. Bei normalen Blutgasen am Tag finde man keinen Hinweis für eine zusätzliche Adipositas hypoventilation (IV-Nr. 12 S. 7 f.).

3.3 Aus dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2016 geht hervor, die Patientin sei mit dem Effekt der CPAP-Therapie weiterhin sehr zufrieden. Die Kopfschmerzen seien vollständig verschwunden. Sobald sie einmal 10 Minuten ohne CPAP-Gerät schlafe, erwache sie aber wieder mit Kopfschmerzen. Entsprechend sei die Compliance mit einer durchschnittlichen Benutzungsdauer von 7.8 Stunden pro Nacht und 98 % der Nächte länger als 4 Stunden ausserordentlich gut. Auch objektiv zeige sich mit einem Apnoe-/Hypopnoeindex von 0.3/h und einem Desaturations-index von 2.5/h ein optimaler Therapieeffekt (IV-Nr. 12 S. 5 f.).

3.4 Der Hausarzt, Dr. med. G.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, attestierte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 13. Dezember 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vom 29. Juni bis 15. Juli 2016. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die seit Jahren bestehende Hypertonie habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Behandlung habe vom 3. Juli 2015 bis 29. Juni 2016 gedauert (IV-Nr. 12 S. 1 ff.).

3.5 Die behandelnde Psychiaterin, D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, hielt in ihrem Bericht vom 27. Dezember 2016 fest, die Beschwerdeführerin stehe bei ihr seit dem 23. Mai 2015 in psychiatrischer Behandlung. Eine erste Behandlung, ebenfalls bei ihr, habe von September 2012 bis Juni 2014 gedauert. Die Patientin sei geschieden, ihre drei erwachsenen Kinder seien ausgezogen und selbstständig. Jedoch lebe die jüngste Tochter im gleichen Haus. Die Patientin habe eine Ausbildung als medizinische Praxisassistentin (MPA) absolviert, später habe sie jahrelang im Büro einer Autogarage gearbeitet. Somatisch leide sie seit mehreren Jahren an einer Hypertonie, einem Schlafapnoesyndrom, einem Lymphödem sowie an Übergewicht.

Zur Problematik wurde dargelegt, die Patientin fühle sich dauernd erschöpft, gestresst und überfordert. Sie klage über grosse Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisminderung, Schlafstörungen (benötige nachts eine Sauerstoffmaske), Lustlosigkeit, Energiemangel und Zukunftsängste. Sie lebe eher zurückgezogen und pflege nur selten Kontakt zu Bekannten. Den Haushalt habe sie monatelang vernachlässigt, obwohl ihre Tochter sie immer wieder moralisch unterstützt und ihr geholfen habe. Seit wenigen Wochen sei die Patientin wieder in der Lage, die nötigsten täglichen Aufgaben selber zu erledigen. Vor alltäglichen Anforderungen (z.B. Administratives erledigen oder Arzttermine wahrnehmen) sei die Patientin blockiert. Beklemmende Gefühle und eine innere Unruhe seien vorhanden. Sie müsse sich dann hinlegen und schlafen, um nicht mehr daran zu denken. Sie versuche öfters, alles zu verdrängen; damit schiebe sie die Aufgaben auf. Kleinste Veränderungen in ihrem Tagesablauf überforderten sie. Nur bei gewohntem Tagesablauf ohne Stress fühle sie sich sicher; dann gehe es ihr gut. Zur aktuellen Medikation wurde angegeben, die Patientin reagiere auf verschiedene Medikamente (klassische wie pflanzliche Antidepressiva) rasch mit unangenehmen Nebenwirkungen. Versuche mit klassischen Antidepressiva sowie auch

mit pflanzlichen Heilmitteln habe man aufgrund von Unverträglichkeiten abbrechen müssen.

Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «Rezidivierende mittelgradige, zeitweise schwere, depressive Störung (ICD-10 F33.11), Erschöpfungssyndrom (Z73), dazu kombinierte somatische Erkrankungen». Als Diagnosen ohne bzw. mit geringerer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Schlafapnoesyndrom, eine arterielle Hypertonie, ein Lymphödem sowie Übergewicht angegeben. Es bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 24. März 2016. Der Gesundheitszustand sei nur leicht besserungsfähig; die Kombination der psychischen mit den somatischen Beschwerden wirke sich auf die Genesung erschwerend aus.

Im Weiteren wurde dargelegt, die Patientin habe jahrelang im Büro einer Autogarage gearbeitet. Die Stelle sei reduziert (Pensionierung des Arbeitgebers) und per Ende 2015 gekündigt worden. Die Patientin sei zu dieser Zeit bereits bei der Arbeitslosenkasse angemeldet gewesen und habe noch intensiver nach neuen Arbeitsstellen gesucht. Seit März 2016 sei sie ausgesteuert, was ihre Hoffnung, in der Arbeitswelt wieder Fuss zu fassen, zerstört habe. Die aktuellen psychischen Beschwerden mit Depression, Schlafstörung, Erschöpfung, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen verunmöglichten einen beruflichen Wiedereinstieg in die bisherige Tätigkeit. Ihren gelernten Beruf (MPA) habe die Patientin schon lange nicht mehr ausgeübt, für Büroarbeit sei sie jedoch nur praktisch qualifiziert. Stress (z.B. in neuen Situationen sich bewähren und diese meistern zu müssen) erzeuge sofort Überforderungsgefühle mit panikartigen Symptomen; in diesem Sinn sei die Patientin kaum in der Lage, eine neue Tätigkeit zu erlernen. Die Patientin sei auf einen ruhigen, langsamen Tagesablauf mit zwischendurch vielen Pausen angewiesen. Sie sei nur in der Lage, das Nötigste im Haushalt selber zu erledigen. Zum Teil sei sie auf externe Hilfe angewiesen. Die somatischen und psychischen Erkrankungen summierten sich zu einer ungünstigen Kombination, die eine berufliche Tätigkeit kaum mehr erlaube (IV-Nr. 14).

3.6 RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2017 dahingehend, es bestehe die relevante Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2). Als weitere Diagnosen seien ein nächtliches Schlafapnoesyndrom (gut behandelt mit CPAP), arterielle Hypertonie sowie Lymphödeme (in regelmässiger Behandlung [Lymphdrainage]) zu nennen. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % sowohl in der erlernten Tätigkeit als Arztgehilfin als auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Allrounderin seit 24. März 2016. Die medizinische Heilbehandlung mit der aktuellen Therapie sei bereits ausgeschöpft (IV-Nr. 16).

3.7 Auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin führte die behandelnde Psychiaterin in ihrem Bericht vom 10. April 2017 aus, es sei eine leitliniengerechte Depressionsbehandlung angesetzt worden, welche wegen starken Nebenwirkungen (Kopfschmerzen, Schwindelanfällen, Tremor, Übelkeit und z.T. innerem Zittern) nach zwei Monaten habe abgesetzt werden müssen. Die Psychotherapie habe anfänglich in der Regel vierzehntäglich stattgefunden; aktuell finde sie einmal monatlich statt. Die eingesetzten Medikamente (Seralin, Solevita [Johanniskrautpräparat]) hätten starke Nebenwirkungen wie dauernde Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel verursacht, die bei der Patientin Angstzustände ausgelöst hätten; aus diesem Grund habe sich die Patientin kaum noch nach draussen getraut. Ihre Arbeitsfähigkeit sei deshalb (zur Zeit der ersten Behandlung) stark

reduziert gewesen. Spiegelbestimmungen seien nicht erfolgt. Die von der Patientin beschriebenen Nebenwirkungen hätten genug Hinweise auf die Compliance der Patientin gegeben. Die Patientin nehme regelmässig und seit längerer Zeit Diuretica (Hypertonie und Lymphödem) sowie Schüsselsalz- und Bachblütenpräparate ein. Sie hole sich Kraft auch mit einer Teemischung. Eine Bekannte der Patientin, welche seit Jahren an Depressionen gelitten habe, sei angeblich aufgrund des hohen Psychopharmakokonsyms kürzlich verstorben. Dies habe die Patientin schockiert und belastet (IV-Nr. 19).

3.8 Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Juni 2017 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin von ihm am 22. Juni 2017 psychiatrisch untersucht wurde. Die psychiatrischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) lauteten wie folgt: «Leichte depressive Episode (F33.0) bei rezidivierender depressiver Störung». Psychiatrische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden keine gestellt. Auf fachfremdem Fachgebiet müsse auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, unter CPAP-Therapie offenbar gut eingestellt, auf einen medikamentös behandelten arteriellen Bluthockdruck sowie auf ein Lymphödem hingewiesen werden.

Zur Epikrise und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Fachgebiet Psychiatrie wurde im Wesentlichen dargelegt, anlässlich der psychiatrischen Exploration präsentiere sich eine 60-jährige, zweimal geschiedene Mutter von 3 erwachsenen Kindern, die über Stimmungsschwankungen geringerer Ausprägung seit der Geburt des 1. Kindes berichte. Immer wieder habe es, vielfach auch in Zusammenhang mit Konflikten und Belastungen, depressive Episoden gegeben, welche jedoch spontan und ohne professionelle Hilfe abgeklungen seien. Erstmals habe die Explorandin im Jahr 2012 eine etwa 6 Monate anhaltende und auch für kurze Zeit zur Arbeitsunfähigkeit führende depressive Episode durchlitten, in der sie auch psychiatrische Hilfe gesucht habe. Sie sei damals knapp ein Jahr lang durch die Psychiaterin D.\_\_\_\_ behandelt worden. Die Symptomatik habe sich damals erfreulich gebessert und erst im Jahr 2016 sei es zu einer erneuten psychischen Dekompensation gekommen.

Aktuell beschreibe die Explorandin einzelne Symptome einer depressiven Episode, Stimmungstiefs, Energiemangel und Antriebsreduktion, zeitweiligen Interesseverlust und zeitweiligen sozialen Rückzug sowie Affektregulationsstörungen. Inzwischen habe sich unter der Therapie eine erfreuliche, aber noch nicht durchgreifende Stabilisierung eingestellt und so sei auf der Befundebene derzeit auch eine über Strecken leicht ausgeprägte depressive Herabgestimmtheit festzustellen, ferner eine Neigung zu Energiemangel und Antriebsreduktion von jedoch eher geringem Ausprägungsgrad. Depressionstypische Schlafstörungen, depressionstypische Beeinträchtigungen des Appetits hingegen beständen nicht und von Suizidalität sei die Explorandin ebenfalls zuverlässig distanziert. Insgesamt seien die diagnostischen Algorithmen einer leichten depressiven Episode erfüllt. Die in der Vergangenheit attestierte schwere depressive Episode bzw. mittelgradige depressive Episode lasse sich auf dem Boden der hier erhobenen Befunde nicht mehr bestätigen. Insoweit sei aus psychiatrischer Sicht auch eine wesentliche Besserung der psychischen Grundfunktionen des Erlebens, Handelns, Gestaltens und Wollens zu verzeichnen sowie eine Verbesserung der Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen wie Intentionalität, Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Affektkontrolle und Interaktionskompetenz. Eine in der Vergangenheit attestierte Arbeitsunfähigkeit zu 100 % lasse sich auf dem Boden der hier erhobenen Befunde nicht mehr bestätigen. Die von der

behandelnden Psychiaterin attestierte mittelgradige Depression bei rezidivierender depressiver Störung sei deutlich, wenngleich nicht vollständig remittiert. Damit einher gehe noch eine weitere, jedoch nur gering ausgeprägte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Die Explorandin sei in der Lage, 7 Stunden täglich, möglichst verteilt auf 2 Arbeitsplätze zu jeweils 3,5 Stunden mit zwischenzeitlicher Regenerationspause, einer ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepassten Tätigkeit nachzugehen. Eine darüber hinausgehende weitere Minderung der Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht zu bestätigen, auch nicht unter Berücksichtigung der somatischen Komorbidität. Aus psychiatrischer Sicht sei lediglich das Bild einer leichten depressiven Episode zu bestätigen. Mit Blick auf den bisherigen Krankheitsverlauf und die Angabe zahlreicher früherer depressiver Phasen sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Eine Aggravation oder Simulation liege nicht vor.

Das Belastungsprofil lautete wie folgt: Die Explorandin sei in der Lage, jegliche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrer körperlichen Belastbarkeit adaptierte Tätigkeiten während 7 Stunden pro Tag ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit auszuüben. Die Explorandin sei aus psychiatrischer Optik sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer denkbaren Verweistätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Retrospektiv betrachtet sei der Ausprägungsgrad der depressiven Episode offenbar zu keinem Zeitpunkt stärker als mittelgradig gewesen. Insoweit müsse man der an anderer Stelle in der Akte vertretenen Auffassung, die Explorandin leide unter einer schweren Depression, entgegentreten. Ungeachtet dessen sei festzuhalten, dass die psychiatrischerseits gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gut nachvollziehbar sei. Spätestens ab Februar 2017 sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit 80 % einzuschätzen, zumal auch die behandelnde Psychiaterin mitteile, man habe auf die Medikation nach mehrfacher Umstellung verzichten können. Auch für optimal adaptierte Tätigkeiten treffe die vorgenannte Einschätzung zu. Die Prognose sei aus medizinischer/psychiatrischer Sicht günstig, die Explorandin beschreibe sich selbst als teilstabilisiert.

Abschliessend wurde zu den gestellten Fragen ausgeführt, die Explorandin erlebe sich in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht nur durch die Depression eingeschränkt, sondern sie beschreibe auch die Sorge, dass sie wegen ihres Alters keine Chance auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr habe. Diese Faktoren wie auch die mittlerweile seit über 2 Jahren anhaltende Arbeitslosigkeit der Explorandin seien erkannt, aber bei der Bewertung der Arbeitsunfähigkeit abgegrenzt worden. Die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert seien nicht ersichtlich und man könne sich auch nicht vom Vorliegen einer sogenannten akzentuierten Persönlichkeit überzeugen. Die Explorandin verfüge über gute Ressourcen in den sogenannten komplexen Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Intentionalität, Affektregulation und Interaktionskompetenz, aber durchaus auch Regressionsfähigkeit. Soziale Belastungen führten nicht zu für die Arbeitsfähigkeit relevanten Alterationen. Das soziale Umfeld der Explorandin zeige nur mässige Stabilität. Es gebe nur einen kleinen Freundes- und Bekanntenkreis, da die Explorandin bereits seit ihrer Jugend zu einem zurückgezogenen Verhalten neige. Innerhalb ihrer Familie, insbesondere im Hinblick auf den Kontakt mit der jüngsten Tochter, bestehe aber eine gute Stabilität. Auch unter Berücksichtigung der somatischen Komorbidität, wie sie sich aus der Aktenlage und der Anamnese ergebe, finde man keine Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen, welche eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit verstärken oder gar potenzierten. Die bisherige Therapie sei lege artis erfolgt. Es bestünden keine gravierenden

Diskrepanzen oder Inkonsistenzen. Die von der Explorandin geschilderten Einschränkungen in der Bewältigung des Alltages wirkten sich in allen Lebensbereichen aus. Inzwischen sei aber unter der Fachbehandlung eine deutliche Stabilisierung eingetreten. Im Bereich Freizeit und soziale Aktivitäten zeige sich die Explorandin inzwischen mit guten Ressourcen. Die Explorandin habe die therapeutischen Angebote in Anspruch genommen. Sie habe Nebenwirkungen unter psychopharmakologischer Behandlung geäußert, welche sie und ihre behandelnde Fachärztin dazu veranlasst hätten, auf eine Medikation zu verzichten, was unter Berücksichtigung der offenbar erkennbaren Remission der Depression auch vertretbar sei. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor (IV-Nr. 24 S. 2 ff.).

3.9 Die behandelnde Psychiaterin D.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 21. Juli 2017 fest, es seien drei wesentliche Punkte zu bemängeln: Die Symptomatik sei wie folgt zu beschreiben: die Patientin sei in ihrem gesundheitlichen Zustand sehr reduziert. Sie sei kaum in der Lage, allein ihren Haushalt zu führen; nach einer kurzen Aktivität müsse sie sich hinlegen und ausruhen. Der Nachtschlaf sei zudem aufgrund der Schlafapnoe (trotz, aber auch wegen der Sauerstoffmaske) häufig unterbrochen und deswegen meist gestört und gar nicht erholsam. Tagsüber döse die Patientin mehrmals ein, um das Kreisen von Zukunftsangstgedanken zu verdrängen bzw. diesen zu entkommen. Sie sei dauernd erschöpft und so knapp fähig, kleine Alltagsaufgaben während höchstens einer Stunde auszuüben. Die Betreuung der Hunde werde hauptsächlich durch die Tochter der Patientin gewährleistet. Die Patientin führe nur wenn es ihr gut gehe, d.h. höchstens einmal im Monat, die Hunde selber nach draussen. Die Diagnose laute wie folgt: die Patientin leide unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zur Freude, das Interesse und die Konzentration seien vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit trete nach jeder kleinsten Anstrengung auf. Der Schlaf sei meist gestört, der Appetit jedoch (wieder) normal. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien stark beeinträchtigt. Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit seien vorhanden. Die gedrückte Stimmung verändere sich von Tag zu Tag wenig und reagiere nicht auf Lebensumstände. Es handle sich hier nicht um eine leichte Depression, die Symptome seien gravierender als diejenigen einer Dysthymie; es handle sich vielmehr um eine (schon im Alltag) sehr einschränkende Depression.

Zur Arbeitsfähigkeit legte die behandelnde Psychiaterin dar, angesichts u.a. der oben geschilderten Erschöpfung verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung und Effektivität bei der Bewältigung der täglichen Aufgaben sei es nicht nachvollziehbar, wie Tätigkeiten von sieben Stunden täglich ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit ausgeübt werden könnten. Die Patientin sei aktuell nicht in der Lage, einer Aktivität länger als eine Stunde am Tag effizient nachzugehen. Im aktuellen Gesundheitszustand seien weder Vermittelbarkeit noch Eingliederungsfähigkeit gegeben (IV-Nr. 26).

3.10 Aus der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 6. September 2017 geht hervor, es stünden sich hier zwei fast diametrale Beurteilungen einander gegenüber. Eine klare versicherungsmässige Aussage könne nicht gemacht werden. Die grossen Diskrepanzen, die im Gutachten kaum berücksichtigten und diskutierten «Alltagsbeschwerden» wie Antriebsmangel, fehlende Motivation usw. seien im Licht des «fast normalen» Psychostatus doch recht knapp erörtert worden. Andererseits erstaune, dass die psychiatrische Behandlerin der Versicherten eigentlich gar nichts mehr zumute und so zumindest indirekt deren Regression bzw. Rückzug unterstütze. Es werde daher eine

psychiatrische (Zweit-)Begutachtung empfohlen (IV-Nr. 28).

3.11 Laut dem psychiatrischen Gutachten von med. pract. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. Februar 2018 wurde die Beschwerdeführerin am 1. November 2017 untersucht. Die psychiatrische Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lautete wie folgt: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F33.11)». Die weiteren Diagnosen (Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben [Z56], Arbeitsplatzverlust; andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis [Z63], plötzliche Trennung vom langjährigen Lebenspartner 2016) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, die aktuelle Krankengeschichte der Explorandin beginne im Zusammenhang mit der Trennung ihres langjährigen Lebenspartners, der sie plötzlich verlassen habe. Seit dem 24. März 2016 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der eigenen und der Aktenanamnese sei von einer «rezidivierenden depressiven Störung» auszugehen. Zwischen September 2012 und Juni 2014 habe sich die Explorandin bereits schon einmal wegen einer depressiven Episode in psychiatrischer Behandlung befunden. Es sei somit aktuell von einer zweiten depressiven Episode auszugehen, die diagnostischen Kriterien für eine «rezidivierende depressive Episode» seien somit erfüllt. Die aktuelle Behandlung habe die Explorandin am 23. Mai 2016 aufgenommen. Bereits im Jahr 2012 sei es um ihre Beziehung und die Angst vor dem Verlassenwerden gegangen. Gemäss der Explorandin sei es ihr nach ca. einem halben Jahr wieder besser gegangen. Die behandelnde Psychiaterin sei im Zeitverlauf zunächst von einer «schweren» depressiven Episode ab März 2016 ausgegangen. Bei der aktuellen «mittelgradigen» Episode stehe eine depressive Stimmung in einem für die Explorandin ungewöhnlichen Ausmass (früher habe sie u.a. gerne getanzt), täglich und die meiste Zeit des Tages, unabhängig von den äusseren Umständen im Vordergrund. Diese sei auch recht deutlich während der Exploration feststellbar gewesen. Sie habe einen erheblichen Interessen- und Freudeverlust (kein Ausgang, kein Kontakt zu anderen Menschen, kein Tanzen), eine erhebliche Verminderung ihres Antriebes (einfach nur dasitzen mit geschlossenen Augen und nichts machen) und eine starke Ermüdung und Erschöpfung mit Energieverlust (sie habe die Neigung, den ganzen Tag zu schlafen) beklagt. Im Weiteren habe sie über den Verlust des Selbstwertgefühls (Versagensgefühle) mit unbegründeten Selbstvorwürfen (Selbstablehnung) berichtet. Es seien eine leichte Konzentrationsminderung vorhanden (subjektiv beklagt, objektiv nicht feststellbar) und eine erhebliche Unentschlossenheit im Alltag (etwas machen wollen, nicht auf die Handlungsebene umsetzen können; mit dem Auto um den Parkplatz herumfahren, unverrichteter Dinge wieder nach Hause fahren) mit psychomotorischen Hemmungen. Durchschlafstörungen, die zum Teil somatisch begründbar seien (Schlafen mit einer Maske bei Schlafapnoesyndrom), hätten ebenfalls festgestellt werden können. Die diagnostischen Kriterien für eine «mittelgradige depressive Episode» seien somit erfüllt. Mindestens 4 Kriterien für das somatische Syndrom seien ebenfalls erfüllt.

Im Weiteren legte die Gutachterin dar, seit dem Beginn der aktuellen, seit mittlerweile knapp zwei Jahren anhaltenden depressiven Episode habe zu keinem Zeitpunkt eine suffiziente psychopharmakologische Behandlung stattgefunden; sogar ein Pflanzenpräparat sei von der Explorandin wegen Nebenwirkungen abgesetzt worden. Ebenfalls habe bislang keine Intensivierung der Therapie in Form einer (teil)stationären Behandlung stattgefunden. Therapietermine nehme sie aktuell nur einmal monatlich in Anspruch. In Anbetracht des

langen Verlaufs und des Schwerebildes sei insbesondere auch die ablehnende Haltung der Behandlerin (die im Übrigen nur Kinder- und Jugendpsychiaterin sei) einer stationären Behandlung gegenüber nicht nachvollziehbar. Hierdurch sei einer Chronifizierung Vorschub geleistet worden und die Behandlung entspreche bei weitem nicht den S3-Leitlinien. Möglicherweise spiele bei der vermeintlichen Unverträglichkeit der Antidepressiva eine «erlernte Angst» vor Tabletten eine Rolle. Die Explorandin habe berichtet, dass ihre Mutter «an Atemnot und Herzproblemen» verstorben sei, da sie keine Tabletten vertragen habe, was ihr im Spital niemand geglaubt habe. Eine intensive diesbezügliche Psychoedukation und Begleitung wären also von Nöten. Dies könne nur in einem stationären Setting kontinuierlich gewährleistet werden. Das im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ abgegebene Bild der Explorandin, die Beschreibung der aktuellen Symptomatik, und die hierdurch abgeleitete Diagnose könne in Anbetracht der Anamnese, der Vorberichte der Behandlerin und der jetzigen Begutachtung keinesfalls nachvollzogen werden. Erklärbar wäre dieses nur mit einem «ausgestanzten guten Tag» zum Zeitpunkt der Begutachtung. Andererseits widerspreche die Diagnose (leichte depressive Episode) der erhobenen und geschilderten Symptomatik, mit Verunsicherung, Zukunftsängsten, Traurigkeit, Antriebs- und Energieverlust, Erschöpfung und Konzentrationsminderung. Seine Einschätzung, dass die Explorandin zu 80 % an 7 Stunden pro Tag arbeitsfähig sein solle, und dies bereits seit Februar 2017, sei nicht nachvollziehbar und entspreche überhaupt nicht der erheblichen depressiven Symptomatik und dem Verlauf.

Im Rahmen der Beantwortung der Zusatzfragen gab med. prakt. E.\_\_\_\_ zum Gesundheitsschaden an, die psychopathologische Symptomatik entspreche einer doch recht deutlich ausgeprägten «mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom», mit erheblichem Einfluss auf die Alltagsaktivitäten und die funktionellen Fähigkeiten. Neben der beschriebenen Symptomatik und den festgestellten, teils erheblichen funktionellen Einschränkungen könnten bei der Explorandin nur die in der Vergangenheit ab März 2014 frustriert verlaufenden Versuche, eine neue Stelle zu finden, und das mittlerweile fortgeschrittene Alter (zum Zeitpunkt der Begutachtung sei die Explorandin knapp 61 Jahre alt gewesen) als IV-fremde Faktoren angeführt werden. Eine Persönlichkeitsstörung habe bei der Explorandin nicht festgestellt werden können. Allenfalls seien leicht selbstunsichere Persönlichkeitszüge vorhanden. Es könne sich jedoch auch um eine Überlagerung durch die depressive Symptomatik handeln. Eine objektive Beurteilung sei erst in remittiertem Zustand möglich. Depressionsbedingt seien seit geraumer Zeit erhebliche Einschränkungen im Alltag vorhanden, die teils regressive Züge angenommen hätten; ein sekundärer Krankheitsgewinn könne nicht ausgeschlossen werden.

Zum sozialen Kontext wurde dargelegt, psychosozial belastend gewesen seien nach der Kündigung die frustrane Stellensuche und auch das Verlassenwerden vom Freund. Aktuell seien es die gesundheitlichen Sorgen und die Zukunftsängste (auch finanzieller Art, da die Explorandin von ihren Ersparnissen lebe). Im aktuellen Setting (nur einmal monatlich stattfindende Psychotherapie, keine Psychopharmaka) mit der Versorgung durch die Tochter zu Hause seien keine weiteren Ressourcen mobilisierbar. Die Therapieadhärenz lasse jedoch zu wünschen übrig. Es finde weder eine suffiziente Pharmakotherapie noch eine entsprechende Psychotherapie statt; empfohlen werde primär eine störungsspezifische intensive, den Leitlinien entsprechende stationäre Behandlung. Zur Behandlung und Eingliederung äusserte sich die Gutachterin dahingehend, die Explorandin suche seit dem 23. Mai 2016 die Kinder- und Jugendpsychiaterin D.\_\_\_\_ einmal monatlich auf. Sie nehme

keine Antidepressiva ein, nachdem sie bereits auf ein Pflanzenpräparat mit Nebenwirkungen reagiert habe. Sie habe sich auch noch nie in einer stationären oder teilstationären spezifischen antidepressiven Behandlung befunden. Angesichts der Schwere der affektiven Störung und der Dauer der Episode ohne Remission sei dies nicht nachvollziehbar. Die bisherige Behandlung sei nicht «lege artis» gewesen. Es sollte dringend eine störungsspezifische, ausreichend intensive Behandlung in die Wege geleitet werden. Unter Umständen müsse die Behandlung anschliessend im tagesstationären Setting fortgesetzt werden. Bei dieser Gelegenheit sollte auch eine psychopharmakologische Behandlung eingeleitet werden. Wahrscheinlich sei hierfür eine umfangreiche Psychoedukation innerhalb des stationären Settings erforderlich.

Zur Konsistenz wurde dargelegt, die Angaben der Explorandin seien authentisch gewesen, das Krankheitsbild habe sich auch im häuslichen Umfeld und im Alltag wiedergespiegelt. Dort sei allerdings durch die zunehmende Versorgung durch die Tochter von einem sekundären Krankheitsgewinn auszugehen. Die Explorandin sei aktuell in allen Lebensbereichen deutlich eingeschränkt. Die vorgeschlagenen Therapien und Behandlungen (Psychopharmakotherapie und stationäre Behandlung) seien zumutbar und dringend notwendig. Die Arbeitsfähigkeit der Explorandin wurde wie folgt eingeschätzt: die Explorandin sei seit dem 23. März 2016 bis aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Krankheitsbedingt habe sie seither keine Arbeitsbemühungen mehr unternommen. Eine Arbeitsfähigkeit in einer Bürotätigkeit (wie zuletzt im Autohaus) könne erst nach weitestgehender Remission der Erkrankung sukzessive wiedererlangt werden. Angesichts des bisher sehr langen und unbehandelten Krankheitsverlaufs und der mangelhaften Therapieadhärenz könnten zur Prognose keine Angaben gemacht werden. Bei sehr guter Ansprechbarkeit auf die stationäre Behandlung und die Psychopharmaka könnte im besten Fall zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit innerhalb eines Jahres mit Hilfe von Eingliederungsmassnahmen wiedererlangt werden (Therapieadhärenz vorausgesetzt). Aktuell bestehe auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 36 S. 3 ff.).

3.12 Der Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 19. März 2018 zum Gutachten von med. pract. E. \_\_\_ kann Folgendes entnommen werden: die psychiatrische Diagnose sei korrekt. Leider seien die chronischen somatischen Beschwerden (Hypertonie, Schlafapnoe und Adipositas) als Teil der Diagnose weder erwähnt noch für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt worden. Die Gutachterin empfehle als «lege artis»-Behandlung eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung und einen Einsatz von Medikamenten. Die Patientin, die schon im 62. Lebensjahr stehe, könne sich aber mit dieser Massnahme nicht einverstanden erklären. Jegliche Art von Druck würde negativ auf sie wirken. Sie erwähne, dass es ihr schon viel besser gehe als vor einem Jahr: da sei sie noch absolut unfähig gewesen, aufzustehen, sei den ganzen Tag im Bett gelegen und habe sich nicht mehr gepflegt. Sie habe überhaupt keine Haushaltarbeiten mehr erledigen können. Ihre Wohnung habe wie diejenige einer Messie ausgesehen. Jetzt stehe sie jeden Tag, meistens zwischen 10 und 12 Uhr, auf. Dank der Ruhe, die sie sich gönne, und der Hilfe ihrer Tochter habe sie schon viele Fortschritte gemacht. Sie könnte ohne tägliche Anwesenheit ihrer Tochter nicht leben, weshalb sie sich auch auf keinen Fall einer Hospitalisation unterziehen könnte. Vor Medikamenten habe sie grosse Angst, da sie darauf bereits allergische Nebenwirkungen gezeigt habe. Beim Versuch, die Tochter bzw. ihre drei erwachsenen Kinder einzuladen, um eine eventuelle Hospitalisation zu besprechen, sei

festzustellen gewesen, dass auch diese keine Notwendigkeit einer stationären Behandlung einsähen. Die Patientin fühle sich am Wohlsten im Schoss ihrer Familie. Eine Hospitalisation würde ihrer Mutter mehr schaden als nützen (IV-Nr. 38).

3.13 RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2018 fest, zwar verwundere weiterhin die schwer erklärbare erhebliche Diskrepanz in den Einschätzungen beider Gutachter und insbesondere die konsequente Weigerung der Behandlerin, mit der Versicherten eine adäquate Therapie durchzuführen. Das vorliegende monodisziplinäre Gutachten von med. pract. E.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2018 erscheine aber als umfassend, in Kenntnis der Vorakten erstellt, auf allseitigen Untersuchungen beruhend, die geklagten Beschwerden berücksichtigend, IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen diskutierend und in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit überwiegend nachvollziehbar. Der RAD könne sich daher dieser Beurteilung anschliessen. Nach den vorliegenden Meinungsäusserungen der Behandlerin dürfte nicht damit zu rechnen sein, dass diese ihre Behandlungsstrategie den Empfehlungen der Gutachterin anpasse. Von einer Behandlungsaufgabe unter Zwang könne keine positive Entwicklung der Symptome erwartet werden (IV-Nr. 40).

3.14 Aus dem Bericht der Praxis [...] (Dr. med. J.\_\_\_\_) zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 20. September 2018 gehen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: Depression seit März 2016, Adipositas, Schlafapnoesyndrom, Stauungsödem an den Beinen, Schmerzen im Knie rechts mehr als links und im OSG rechts und links sowie Plantaraponeurose rechts mehr als links. Die arterielle Hypertonie habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit März 2016 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Patientin klage über Schmerzen bei leichter Bewegung, sogar beim Laufen. Sodann gebe sie eine depressive Verstimmung an. Das Tragen von Kompressionsstrümpfen löse bei ihr Atemschwierigkeiten bzw. -not aus, sodass diese Massnahme nicht möglich sei. Es sei eine Lymphdrainage durchzuführen. Wegen fehlender Abrollung und Dämpfung bestünden Schwierigkeiten beim Tragen von Konfektionsschuhen. Orthopädische Serienschuhe, allenfalls mit orthopädischen Änderungen, seien angezeigt (IV-Nr. 49; vgl. auch IV-Nr. 56 S. 24 f.).

3.15 Die behandelnde Psychiaterin hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. März 2019 zur vorliegend angefochtenen, ablehnenden Verfügung der Beschwerdegegnerin fest, nach Erhalt des Vorbescheides vom 22. Oktober 2018 habe die Patientin ihre Termine wahrgenommen und sogar intensiviert. Fünf Termine hätten stattgefunden, was einem 14-täglichen Rhythmus entspreche, wenn man auch die Abwesenheiten (Ferien, Krankheit) der behandelnden Ärztin berücksichtige. Wie im Vorbescheid vorgeschlagen, sei mit der Patientin eine psychiatrische Hospitalisation ausführlich besprochen worden. Ebenso die Behandlung der chronischen Depression nach dem CBASP-Verfahren sei Inhalt der Diskussion gewesen. In der Privatklinik [...] in [...] werde das CBASP-Verfahren angewendet, jedoch nur im Gruppensetting, was für die Patientin nicht realisierbar sei. Diese sei nicht in der Lage, in einer Therapiegruppe zu arbeiten und sich zu öffnen. Zwischen dem IV-Vorbescheid vom 22. Oktober 2018 und der definitiven Verfügung vom 12. März 2019 habe sich die Beschwerdegegnerin bei ihr nicht erkundigt, ob die Empfehlungen befolgt worden seien. Dieser Zeitraum sei zu kurz, um beurteilen zu können,

ob die Empfehlungen und Anordnungen der IV erfolgreich hätten umgesetzt werden können (IV-Nr. 63 S. 32 f.).

3.16 Dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachträglich eingereichten Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ (Praxis [...]) vom 9. April 2019 (vgl. E. I. 2.2 hiervor) können folgende Diagnosen entnommen werden: «1. Depression; 2. Arterielle Hypertonie; 3. Adipositas; 4. Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom unter CPAP; 5. Lipödem Typ IV Stadium II; 6. Chronische Gelenkschmerzen (Knie, OSG) und rezidivierende Plantarfasziitis bds, gewichtsbedingt». Im Weiteren wurde dargelegt, der Patientin sei es aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich, ihre bisherigen Tätigkeiten sowohl im Beruf als auch im Haushalt auszuüben. Sie sei durch den Schmerzzustand ihrer Knie und Sprunggelenke in ihrer Beweglichkeit erheblich eingeschränkt, was sich wiederum negativ auf ihre Depression auswirke. Sie benötige dringendst eine Haushaltshilfe, dies auch zur Bewältigung ihrer Körperpflege (BB 4).

## **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.). 3. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, die Beschwerdegegnerin gehe aktenwidrig vom Fehlen einer schweren Ausprägung der gesundheitlichen Störung aus, ohne diese Feststellung auf objektive Befunde abzustützen. Demnach ist im Folgenden der aus den vorliegenden Akten hervorgehende medizinische Sachverhalt darzulegen: 3.1 Dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin (Lungenpraxis ), vom 24. Juni 2014 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, Polygraphischer Apnoe/Hypopnoeindex von 47/h und Desaturationsindex von 41/h, Tagessymptomatik mit pathologischem Epworth Sleepiness Score von 15/24, Risikofaktoren: Morbide Adipositas (BMI 39), enge anatomische Verhältnisse oropharyngeal, CPAP-Therapie seit 08.12.2011; Arterielle Hypertonie». Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, die Patientin sei mit dem Effekt der CPAP-Therapie sehr zufrieden. Ohne Maske könne sie schon gar nicht mehr ruhig schlafen. Auch sei sie deutlich weniger müde, was sich in einer Abnahme des Epworth Sleepiness Score von 15 auf 9 bestätige. Zudem sei die frühere Migräne verschwunden und der Blutdruck medikamentös stets gut eingestellt. Auch objektiv zeige sich ein guter Behandlungseffekt mit einem Apnoe/Hypopnoeindex von 0.4/h und einem Desaturationsindex von 1.8/h. Die Compliance sei mit einer durchschnittlichen Benutzungsdauer von 7 Stunden und 15 Minuten und 95 % der Nächte über 4 Stunden gut. In den letzten 3 Jahren habe die Patientin von 94 auf 100 kg (BMI 40) weiter leicht zugenommen. Es sei ihr empfohlen worden, regelmässig etwas Sport zu treiben (IV-Nr. 12 S. 9 ff.). 3.2 Im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2015 wurde im Wesentlichen angegeben, die Patientin sei mit dem Effekt der CPAP-Therapie weiterhin sehr zufrieden. Die nächtlichen Erstickungsanfälle seien damit nie mehr aufgetreten. Entsprechend sei die Compliance mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von 7.7 Stunden pro Nacht und 96 % der Nächte länger als 4 Stunden sehr gut. Der Gerätedownload spreche für einen guten Behandlungseffekt mit einem Apnoe-/Hypopnoeindex von 0.3/h. Diskrepanz dazu zeige die nächtliche Pulsoxymetrie eine etwas verminderte durchschnittliche Sauerstoffsättigung von 91 % und einen Desaturationsindex von 12/h. Bei normalen Blutgasen am Tag finde man keinen Hinweis für eine zusätzliche Adipositashypoventilation (IV-Nr. 12 S. 7 f.). 3.3 Aus dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2016 geht hervor, die Patientin sei mit dem Effekt der CPAP-Therapie weiterhin sehr zufrieden. Die Kopfschmerzen seien vollständig verschwunden. Sobald sie einmal 10 Minuten ohne CPAP-Gerät schlafe, erwache sie aber wieder mit Kopfschmerzen. Entsprechend sei die Compliance mit einer durchschnittlichen Benutzungsdauer von 7.8 Stunden pro Nacht und 98 % der Nächte länger als 4 Stunden ausserordentlich gut. Auch objektiv zeige sich mit einem Apnoe-/Hypopnoeindex von 0.3/h und einem Desaturations-index von 2.5/h ein optimaler Therapieeffekt (IV-Nr. 12 S. 5 f.). 3.4 Der Hausarzt, Dr. med. G.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, attestierte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 13. Dezember 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vom 29. Juni bis 15. Juli 2016. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die seit Jahren bestehende Hypertonie habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Behandlung habe vom 3. Juli 2015 bis 29. Juni 2016 gedauert (IV-Nr. 12 S. 1 ff.). 3.5 Die behandelnde Psychiaterin, D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, hielt in ihrem Bericht vom

27. Dezember 2016 fest, die Beschwerdeführerin stehe bei ihr seit dem 23. Mai 2015 in psychiatrischer Behandlung. Eine erste Behandlung, ebenfalls bei ihr, habe von September 2012 bis Juni 2014 gedauert. Die Patientin sei geschieden, ihre drei erwachsenen Kinder seien ausgezogen und selbstständig. Jedoch lebe die jüngste Tochter im gleichen Haus. Die Patientin habe eine Ausbildung als medizinische Praxisassistentin (MPA) absolviert, später habe sie jahrelang im Büro einer Autogarage gearbeitet. Somatisch leide sie seit mehreren Jahren an einer Hypertonie, einem Schlafapnoesyndrom, einem Lymphödem sowie an Übergewicht. Zur Problematik wurde dargelegt, die Patientin fühle sich dauernd erschöpft, gestresst und überfordert. Sie klage über grosse Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisminderung, Schlafstörungen (benötige nachts eine Sauerstoffmaske), Lustlosigkeit, Energiemangel und Zukunftsängste. Sie lebe eher zurückgezogen und pflege nur selten Kontakt zu Bekannten. Den Haushalt habe sie monatelang vernachlässigt, obwohl ihre Tochter sie immer wieder moralisch unterstützt und ihr geholfen habe. Seit wenigen Wochen sei die Patientin wieder in der Lage, die nötigsten täglichen Aufgaben selber zu erledigen. Vor alltäglichen Anforderungen (z.B. Administratives erledigen oder Arzttermine wahrnehmen) sei die Patientin blockiert. Beklemmende Gefühle und eine innere Unruhe seien vorhanden. Sie müsse sich dann hinlegen und schlafen, um nicht mehr daran zu denken. Sie versuche öfters, alles zu verdrängen; damit schiebe sie die Aufgaben auf. Kleinste Veränderungen in ihrem Tagesablauf überforderten sie. Nur bei gewohntem Tagesablauf ohne Stress fühle sie sich sicher; dann gehe es ihr gut. Zur aktuellen Medikation wurde angegeben, die Patientin reagiere auf verschiedene Medikamente (klassische wie pflanzliche Antidepressiva) rasch mit unangenehmen Nebenwirkungen. Versuche mit klassischen Antidepressiva sowie auch mit pflanzlichen Heilmitteln habe man aufgrund von Unverträglichkeiten abbrechen müssen. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «Rezidivierende mittelgradige, zeitweise schwere, depressive Störung (ICD-10 F33.11), Erschöpfungssyndrom (Z73), dazu kombinierte somatische Erkrankungen». Als Diagnosen ohne bzw. mit geringerer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Schlafapnoesyndrom, eine arterielle Hypertonie, ein Lymphödem sowie Übergewicht angegeben. Es bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 24. März 2016. Der Gesundheitszustand sei nur leicht besserungsfähig; die Kombination der psychischen mit den somatischen Beschwerden wirke sich auf die Genesung erschwerend aus. Im Weiteren wurde dargelegt, die Patientin habe jahrelang im Büro einer Autogarage gearbeitet. Die Stelle sei reduziert (Pensionierung des Arbeitgebers) und per Ende 2015 gekündigt worden. Die Patientin sei zu dieser Zeit bereits bei der Arbeitslosenkasse angemeldet gewesen und habe noch intensiver nach neuen Arbeitsstellen gesucht. Seit März 2016 sei sie ausgesteuert, was ihre Hoffnung, in der Arbeitswelt wieder Fuss zu fassen, zerstört habe. Die aktuellen psychischen Beschwerden mit Depression, Schlafstörung, Erschöpfung, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen verunmöglichten einen beruflichen Wiedereinstieg in die bisherige Tätigkeit. Ihren gelernten Beruf (MPA) habe die Patientin schon lange nicht mehr ausgeübt, für Büroarbeit sei sie jedoch nur praktisch qualifiziert. Stress (z.B. in neuen Situationen sich bewähren und diese meistern zu müssen) erzeuge sofort Überforderungsgefühle mit panikartigen Symptomen; in diesem Sinn sei die Patientin kaum in der Lage, eine neue Tätigkeit zu erlernen. Die Patientin sei auf einen ruhigen, langsamen Tagesablauf mit zwischendurch vielen Pausen angewiesen. Sie sei nur in der Lage, das Nötigste im Haushalt selber zu erledigen. Zum Teil sei sie auf externe Hilfe angewiesen. Die somatischen und psychischen Erkrankungen summierten sich zu einer ungünstigen

Kombination, die eine berufliche Tätigkeit kaum mehr erlaube (IV-Nr. 14). 3.6 RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2017 dahingehend, es bestehe die relevante Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2). Als weitere Diagnosen seien ein nächtliches Schlafapnoesyndrom (gut behandelt mit CPAP), arterielle Hypertonie sowie Lymphödeme (in regelmässiger Behandlung [Lymphdrainage]) zu nennen. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % sowohl in der erlernten Tätigkeit als Arztgehilfin als auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Allrounderin seit 24. März 2016. Die medizinische Heilbehandlung mit der aktuellen Therapie sei bereits ausgeschöpft (IV-Nr. 16). 3.7 Auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin führte die behandelnde Psychiaterin in ihrem Bericht vom 10. April 2017 aus, es sei eine leitliniengerechte Depressionsbehandlung angesetzt worden, welche wegen starken Nebenwirkungen (Kopfschmerzen, Schwindelanfällen, Tremor, Übelkeit und z.T. innerem Zittern) nach zwei Monaten habe abgesetzt werden müssen. Die Psychotherapie habe anfänglich in der Regel vierzehntäglich stattgefunden; aktuell finde sie einmal monatlich statt. Die eingesetzten Medikamente (Seralin, Solevita [Johanniskrautpräparat]) hätten starke Nebenwirkungen wie dauernde Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel verursacht, die bei der Patientin Angstzustände ausgelöst hätten; aus diesem Grund habe sich die Patientin kaum noch nach draussen getraut. Ihre Arbeitsfähigkeit sei deshalb (zur Zeit der ersten Behandlung) stark reduziert gewesen. Spiegelbestimmungen seien nicht erfolgt. Die von der Patientin beschriebenen Nebenwirkungen hätten genug Hinweise auf die Compliance der Patientin gegeben. Die Patientin nehme regelmässig und seit längerer Zeit Diuretica (Hypertonie und Lymphödem) sowie Schüsselsalz- und Bachblütenpräparate ein. Sie hole sich Kraft auch mit einer Teemischung. Eine Bekannte der Patientin, welche seit Jahren an Depressionen gelitten habe, sei angeblich aufgrund des hohen Psychopharmakokonzums kürzlich verstorben. Dies habe die Patientin schockiert und belastet (IV-Nr. 19). 3.8 Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Juni 2017 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin von ihm am 22. Juni 2017 psychiatrisch untersucht wurde. Die psychiatrischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) lauteten wie folgt: «Leichte depressive Episode (F33.0) bei rezidivierender depressiver Störung». Psychiatrische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden keine gestellt. Auf fachfremdem Fachgebiet müsse auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, unter CPAP-Therapie offenbar gut eingestellt, auf einen medikamentös behandelten arteriellen Bluthochdruck sowie auf ein Lymphödem hingewiesen werden. Zur Epikrise und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Fachgebiet Psychiatrie wurde im Wesentlichen dargelegt, anlässlich der psychiatrischen Exploration präsentiere sich eine 60-jährige, zweimal geschiedene Mutter von 3 erwachsenen Kindern, die über Stimmungsschwankungen geringerer Ausprägung seit der Geburt des 1. Kindes berichte. Immer wieder habe es, vielfach auch in Zusammenhang mit Konflikten und Belastungen, depressive Episoden gegeben, welche jedoch spontan und ohne professionelle Hilfe abgeklungen seien. Erstmals habe die Explorandin im Jahr 2012 eine etwa 6 Monate anhaltende und auch für kurze Zeit zur Arbeitsunfähigkeit führende depressive Episode durchlitten, in der sie auch psychiatrische Hilfe gesucht habe. Sie sei damals knapp ein Jahr lang durch die Psychiaterin D.\_\_\_\_ behandelt worden. Die Symptomatik habe sich damals erfreulich gebessert und erst im Jahr 2016 sei es zu einer erneuten psychischen Dekompensation gekommen. Aktuell beschreibe die Explorandin einzelne Symptome einer

depressiven Episode, Stimmungstiefs, Energiemangel und Antriebsreduktion, zeitweiligen Interesseverlust und zeitweiligen sozialen Rückzug sowie Affektregulationsstörungen. Inzwischen habe sich unter der Therapie eine erfreuliche, aber noch nicht durchgreifende Stabilisierung eingestellt und so sei auf der Befundebene derzeit auch eine über Strecken leicht ausgeprägte depressive Herabgestimmtheit festzustellen, ferner eine Neigung zu Energiemangel und Antriebsreduktion von jedoch eher geringem Ausprägungsgrad. Depressionstypische Schlafstörungen, depressionstypische Beeinträchtigungen des Appetits hingegen bestünden nicht und von Suizidalität sei die Explorandin ebenfalls zuverlässig distanziert. Insgesamt seien die diagnostischen Algorithmen einer leichten depressiven Episode erfüllt. Die in der Vergangenheit attestierte schwere depressive Episode bzw. mittelgradige depressive Episode lasse sich auf dem Boden der hier erhobenen Befunde nicht mehr bestätigen. Insoweit sei aus psychiatrischer Sicht auch eine wesentliche Besserung der psychischen Grundfunktionen des Erlebens, Handelns, Gestaltens und Wollens zu verzeichnen sowie eine Verbesserung der Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen wie Intentionalität, Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Affektkontrolle und Interaktionskompetenz. Eine in der Vergangenheit attestierte Arbeitsunfähigkeit zu 100 % lasse sich auf dem Boden der hier erhobenen Befunde nicht mehr bestätigen. Die von der behandelnden Psychiaterin attestierte mittelgradige Depression bei rezidivierender depressiver Störung sei deutlich, wenngleich nicht vollständig remittiert. Damit einher gehe noch eine weitere, jedoch nur gering ausgeprägte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Die Explorandin sei in der Lage, 7 Stunden täglich, möglichst verteilt auf 2 Arbeitsplätze zu jeweils 3,5 Stunden mit zwischenzeitlicher Regenerationspause, einer ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepassten Tätigkeit nachzugehen. Eine darüber hinausgehende weitere Minderung der Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht zu bestätigen, auch nicht unter Berücksichtigung der somatischen Komorbidität. Aus psychiatrischer Sicht sei lediglich das Bild einer leichten depressiven Episode zu bestätigen. Mit Blick auf den bisherigen Krankheitsverlauf und die Angabe zahlreicher früherer depressiver Phasen sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Eine Aggravation oder Simulation liege nicht vor. Das Belastungsprofil lautete wie folgt: Die Explorandin sei in der Lage, jegliche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrer körperlichen Belastbarkeit adaptierte Tätigkeiten während 7 Stunden pro Tag ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit auszuüben. Die Explorandin sei aus psychiatrischer Optik sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer denkbaren Verweistätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Retrospektiv betrachtet sei der Ausprägungsgrad der depressiven Episode offenbar zu keinem Zeitpunkt stärker als mittelgradig gewesen. Insoweit müsse man der an anderer Stelle in der Akte vertretenen Auffassung, die Explorandin leide unter einer schweren Depression, entgegenreten. Ungeachtet dessen sei festzuhalten, dass die psychiatrischerseits gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gut nachvollziehbar sei. Spätestens ab Februar 2017 sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit 80 % einzuschätzen, zumal auch die behandelnde Psychiaterin mitteile, man habe auf die Medikation nach mehrfacher Umstellung verzichten können. Auch für optimal adaptierte Tätigkeiten treffe die vorgenannte Einschätzung zu. Die Prognose sei aus medizinischer/psychiatrischer Sicht günstig, die Explorandin beschreibe sich selbst als teilstabilisiert. Abschliessend wurde zu den gestellten Fragen ausgeführt, die Explorandin erlebe sich in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht nur durch die Depression eingeschränkt, sondern sie beschreibe auch die Sorge, dass sie wegen ihres Alters keine Chance auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr habe. Diese Faktoren wie auch die

mittlerweile seit über 2 Jahren anhaltende Arbeitslosigkeit der Explorandin seien erkannt, aber bei der Bewertung der Arbeitsunfähigkeit abgegrenzt worden. Die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert seien nicht ersichtlich und man könne sich auch nicht vom Vorliegen einer sogenannten akzentuierten Persönlichkeit überzeugen. Die Explorandin verfüge über gute Ressourcen in den sogenannten komplexen Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Intentionalität, Affektregulation und Interaktionskompetenz, aber durchaus auch Regressionsfähigkeit. Soziale Belastungen führten nicht zu für die Arbeitsfähigkeit relevanten Alterationen. Das soziale Umfeld der Explorandin zeige nur mässige Stabilität. Es gebe nur einen kleinen Freundes- und Bekanntenkreis, da die Explorandin bereits seit ihrer Jugend zu einem zurückgezogenen Verhalten neige. Innerhalb ihrer Familie, insbesondere im Hinblick auf den Kontakt mit der jüngsten Tochter, bestehe aber eine gute Stabilität. Auch unter Berücksichtigung der somatischen Komorbidität, wie sie sich aus der Aktenlage und der Anamnese ergebe, finde man keine Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen, welche eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit verstärkten oder gar potenzierten. Die bisherige Therapie sei lege artis erfolgt. Es bestünden keine gravierenden Diskrepanzen oder Inkonsistenzen. Die von der Explorandin geschilderten Einschränkungen in der Bewältigung des Alltages wirkten sich in allen Lebensbereichen aus. Inzwischen sei aber unter der Fachbehandlung eine deutliche Stabilisierung eingetreten. Im Bereich Freizeit und soziale Aktivitäten zeige sich die Explorandin inzwischen mit guten Ressourcen. Die Explorandin habe die therapeutischen Angebote in Anspruch genommen. Sie habe Nebenwirkungen unter psychopharmakologischer Behandlung geäußert, welche sie und ihre behandelnde Fachärztin dazu veranlasst hätten, auf eine Medikation zu verzichten, was unter Berücksichtigung der offenbar erkennbaren Remission der Depression auch vertretbar sei. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor (IV-Nr. 24 S. 2 ff.).

3.9 Die behandelnde Psychiaterin D.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 21. Juli 2017 fest, es seien drei wesentliche Punkte zu bemängeln: Die Symptomatik sei wie folgt zu beschreiben: die Patientin sei in ihrem gesundheitlichen Zustand sehr reduziert. Sie sei kaum in der Lage, allein ihren Haushalt zu führen; nach einer kurzen Aktivität müsse sie sich hinlegen und ausruhen. Der Nachtschlaf sei zudem aufgrund der Schlafapnoe (trotz, aber auch wegen der Sauerstoffmaske) häufig unterbrochen und deswegen meist gestört und gar nicht erholsam. Tagsüber döse die Patientin mehrmals ein, um das Kreisen von Zukunftsangstgedanken zu verdrängen bzw. diesen zu entkommen. Sie sei dauernd erschöpft und so knapp fähig, kleine Alltagsaufgaben während höchstens einer Stunde auszuüben. Die Betreuung der Hunde werde hauptsächlich durch die Tochter der Patientin gewährleistet. Die Patientin führe nur wenn es ihr gut gehe, d.h. höchstens einmal im Monat, die Hunde selber nach draussen. Die Diagnose laute wie folgt: die Patientin leide unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zur Freude, das Interesse und die Konzentration seien vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit trete nach jeder kleinsten Anstrengung auf. Der Schlaf sei meist gestört, der Appetit jedoch (wieder) normal. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien stark beeinträchtigt. Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit seien vorhanden. Die gedrückte Stimmung verändere sich von Tag zu Tag wenig und reagiere nicht auf Lebensumstände. Es handle sich hier nicht um eine leichte Depression, die Symptome seien gravierender als diejenigen einer Dysthymie; es handle sich vielmehr um eine (schon im Alltag) sehr einschränkende Depression. Zur Arbeitsfähigkeit lege die behandelnde Psychiaterin dar, angesichts u.a. der oben geschilderten Erschöpfung verbunden mit

abnehmender Arbeitsleistung und Effektivität bei der Bewältigung der täglichen Aufgaben sei es nicht nachvollziehbar, wie Tätigkeiten von sieben Stunden täglich ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit ausgeübt werden könnten. Die Patientin sei aktuell nicht in der Lage, einer Aktivität länger als eine Stunde am Tag effizient nachzugehen. Im aktuellen Gesundheitszustand seien weder Vermittelbarkeit noch Eingliederungsfähigkeit gegeben (IV-Nr. 26).

3.10 Aus der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. H. \_\_\_ vom 6. September 2017 geht hervor, es stünden sich hier zwei fast diametrale Beurteilungen einander gegenüber. Eine klare versicherungsmässige Aussage könne nicht gemacht werden. Die grossen Diskrepanzen, die im Gutachten kaum berücksichtigten und diskutierten «Alltagsbeschwerden» wie Antriebsmangel, fehlende Motivation usw. seien im Licht des «fast normalen» Psychostatus doch recht knapp erörtert worden. Andererseits erstaune, dass die psychiatrische Behandlerin der Versicherten eigentlich gar nichts mehr zumute und so zumindest indirekt deren Regression bzw. Rückzug unterstütze. Es werde daher eine psychiatrische (Zweit-)Begutachtung empfohlen (IV-Nr. 28).

3.11 Laut dem psychiatrischen Gutachten von med. pract. E. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. Februar 2018 wurde die Beschwerdeführerin am 1. November 2017 untersucht. Die psychiatrische Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lautete wie folgt: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F33.11)». Die weiteren Diagnosen (Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben [Z56], Arbeitsplatzverlust; andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis [Z63], plötzliche Trennung vom langjährigen Lebenspartner 2016) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, die aktuelle Krankengeschichte der Explorandin beginne im Zusammenhang mit der Trennung ihres langjährigen Lebenspartners, der sie plötzlich verlassen habe. Seit dem 24. März 2016 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der eigenen und der Aktenanamnese sei von einer «rezidivierenden depressiven Störung» auszugehen. Zwischen September 2012 und Juni 2014 habe sich die Explorandin bereits schon einmal wegen einer depressiven Episode in psychiatrischer Behandlung befunden. Es sei somit aktuell von einer zweiten depressiven Episode auszugehen, die diagnostischen Kriterien für eine «rezidivierende depressive Episode» seien somit erfüllt. Die aktuelle Behandlung habe die Explorandin am 23. Mai 2016 aufgenommen. Bereits im Jahr 2012 sei es um ihre Beziehung und die Angst vor dem Verlassenwerden gegangen. Gemäss der Explorandin sei es ihr nach ca. einem halben Jahr wieder besser gegangen. Die behandelnde Psychiaterin sei im Zeitverlauf zunächst von einer «schweren» depressiven Episode ab März 2016 ausgegangen. Bei der aktuellen «mittelgradigen» Episode stehe eine depressive Stimmung in einem für die Explorandin ungewöhnlichen Ausmass (früher habe sie u.a. gerne getanzt), täglich und die meiste Zeit des Tages, unabhängig von den äusseren Umständen im Vordergrund. Diese sei auch recht deutlich während der Exploration feststellbar gewesen. Sie habe einen erheblichen Interessen- und Freudeverlust (kein Ausgang, kein Kontakt zu anderen Menschen, kein Tanzen), eine erhebliche Verminderung ihres Antriebes (einfach nur dasitzen mit geschlossenen Augen und nichts machen) und eine starke Ermüdung und Erschöpfung mit Energieverlust (sie habe die Neigung, den ganzen Tag zu schlafen) beklagt. Im Weiteren habe sie über den Verlust des Selbstwertgefühls (Versagensgefühle) mit unbegründeten Selbstvorwürfen (Selbstablehnung) berichtet. Es seien eine leichte Konzentrationsminderung vorhanden (subjektiv beklagt, objektiv nicht feststellbar) und eine erhebliche Unentschlossenheit im Alltag (etwas machen wollen, nicht auf die

Handlungsebene umsetzen können; mit dem Auto um den Parkplatz herumfahren, unverrichteter Dinge wieder nach Hause fahren) mit psychomotorischen Hemmungen. Durchschlafstörungen, die zum Teil somatisch begründbar seien (Schlafen mit einer Maske bei Schlafapnoesyndrom), hätten ebenfalls festgestellt werden können. Die diagnostischen Kriterien für eine «mittelgradige depressive Episode» seien somit erfüllt. Mindestens 4 Kriterien für das somatische Syndrom seien ebenfalls erfüllt. Im Weiteren legte die Gutachterin dar, seit dem Beginn der aktuellen, seit mittlerweile knapp zwei Jahren anhaltenden depressiven Episode habe zu keinem Zeitpunkt eine suffiziente psychopharmakologische Behandlung stattgefunden; sogar ein Pflanzenpräparat sei von der Explorandin wegen Nebenwirkungen abgesetzt worden. Ebenfalls habe bislang keine Intensivierung der Therapie in Form einer (teil)stationären Behandlung stattgefunden. Therapietermine nehme sie aktuell nur einmal monatlich in Anspruch. In Anbetracht des langen Verlaufs und des Schwerebildes sei insbesondere auch die ablehnende Haltung der Behandlerin (die im Übrigen nur Kinder- und Jugendpsychiaterin sei) einer stationären Behandlung gegenüber nicht nachvollziehbar. Hierdurch sei einer Chronifizierung Vorschub geleistet worden und die Behandlung entspreche bei weitem nicht den S3-Leitlinien. Möglicherweise spiele bei der vermeintlichen Unverträglichkeit der Antidepressiva eine «erlernte Angst» vor Tabletten eine Rolle. Die Explorandin habe berichtet, dass ihre Mutter «an Atemnot und Herzproblemen» verstorben sei, da sie keine Tabletten vertragen habe, was ihr im Spital niemand geglaubt habe. Eine intensive diesbezügliche Psychoedukation und Begleitung wären also von Nöten. Dies könne nur in einem stationären Setting kontinuierlich gewährleistet werden. Das im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ abgegebene Bild der Explorandin, die Beschreibung der aktuellen Symptomatik, und die hierdurch abgeleitete Diagnose könne in Anbetracht der Anamnese, der Vorberichte der Behandlerin und der jetzigen Begutachtung keinesfalls nachvollzogen werden. Erklärbar wäre dieses nur mit einem «ausgestanzten guten Tag» zum Zeitpunkt der Begutachtung. Andererseits widerspreche die Diagnose (leichte depressive Episode) der erhobenen und geschilderten Symptomatik, mit Verunsicherung, Zukunftsängsten, Traurigkeit, Antriebs- und Energieverlust, Erschöpfung und Konzentrationsminderung. Seine Einschätzung, dass die Explorandin zu 80 % an 7 Stunden pro Tag arbeitsfähig sein solle, und dies bereits seit Februar 2017, sei nicht nachvollziehbar und entspreche überhaupt nicht der erheblichen depressiven Symptomatik und dem Verlauf. Im Rahmen der Beantwortung der Zusatzfragen gab med. prakt. E.\_\_\_\_ zum Gesundheitsschaden an, die psychopathologische Symptomatik entspreche einer doch recht deutlich ausgeprägten «mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom», mit erheblichem Einfluss auf die Alltagsaktivitäten und die funktionellen Fähigkeiten. Neben der beschriebenen Symptomatik und den festgestellten, teils erheblichen funktionellen Einschränkungen könnten bei der Explorandin nur die in der Vergangenheit ab März 2014 frustriert verlaufenden Versuche, eine neue Stelle zu finden, und das mittlerweile fortgeschrittene Alter (zum Zeitpunkt der Begutachtung sei die Explorandin knapp 61 Jahre alt gewesen) als IV-fremde Faktoren angeführt werden. Eine Persönlichkeitsstörung habe bei der Explorandin nicht festgestellt werden können. Allenfalls seien leicht selbstunsichere Persönlichkeitszüge vorhanden. Es könne sich jedoch auch um eine Überlagerung durch die depressive Symptomatik handeln. Eine objektive Beurteilung sei erst in remittiertem Zustand möglich. Depressionsbedingt seien seit geraumer Zeit erhebliche Einschränkungen im Alltag vorhanden, die teils regressive Züge angenommen hätten; ein sekundärer Krankheitsgewinn könne nicht ausgeschlossen werden. Zum sozialen Kontext wurde

dargelegt, psychosozial belastend gewesen seien nach der Kündigung die frustrane Stellensuche und auch das Verlassenwerden vom Freund. Aktuell seien es die gesundheitlichen Sorgen und die Zukunftsängste (auch finanzieller Art, da die Explorandin von ihren Ersparnissen lebe). Im aktuellen Setting (nur einmal monatlich stattfindende Psychotherapie, keine Psychopharmaka) mit der Versorgung durch die Tochter zu Hause seien keine weiteren Ressourcen mobilisierbar. Die Therapieadhärenz lasse jedoch zu wünschen übrig. Es finde weder eine suffiziente Pharmakotherapie noch eine entsprechende Psychotherapie statt; empfohlen werde primär eine störungsspezifische intensive, den Leitlinien entsprechende stationäre Behandlung. Zur Behandlung und Eingliederung äusserte sich die Gutachterin dahingehend, die Explorandin suche seit dem 23. Mai 2016 die Kinder- und Jugendpsychiaterin D. \_\_\_ einmal monatlich auf. Sie nehme keine Antidepressiva ein, nachdem sie bereits auf ein Pflanzenpräparat mit Nebenwirkungen reagiert habe. Sie habe sich auch noch nie in einer stationären oder teilstationären spezifischen antidepressiven Behandlung befunden. Angesichts der Schwere der affektiven Störung und der Dauer der Episode ohne Remission sei dies nicht nachvollziehbar. Die bisherige Behandlung sei nicht «lege artis» gewesen. Es sollte dringend eine störungsspezifische, ausreichend intensive Behandlung in die Wege geleitet werden. Unter Umständen müsse die Behandlung anschliessend im tagesstationären Setting fortgesetzt werden. Bei dieser Gelegenheit sollte auch eine psychopharmakologische Behandlung eingeleitet werden. Wahrscheinlich sei hierfür eine umfangreiche Psychoedukation innerhalb des stationären Settings erforderlich. Zur Konsistenz wurde dargelegt, die Angaben der Explorandin seien authentisch gewesen, das Krankheitsbild habe sich auch im häuslichen Umfeld und im Alltag wiedergespiegelt. Dort sei allerdings durch die zunehmende Versorgung durch die Tochter von einem sekundären Krankheitsgewinn auszugehen. Die Explorandin sei aktuell in allen Lebensbereichen deutlich eingeschränkt. Die vorgeschlagenen Therapien und Behandlungen (Psychopharmakotherapie und stationäre Behandlung) seien zumutbar und dringend notwendig. Die Arbeitsfähigkeit der Explorandin wurde wie folgt eingeschätzt: die Explorandin sei seit dem 23. März 2016 bis aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Krankheitsbedingt habe sie seither keine Arbeitsbemühungen mehr unternommen. Eine Arbeitsfähigkeit in einer Bürotätigkeit (wie zuletzt im Autohaus) könne erst nach weitestgehender Remission der Erkrankung sukzessive wiedererlangt werden. Angesichts des bisher sehr langen und unbehandelten Krankheitsverlaufs und der mangelhaften Therapieadhärenz könnten zur Prognose keine Angaben gemacht werden. Bei sehr guter Ansprechbarkeit auf die stationäre Behandlung und die Psychopharmaka könnte im besten Fall zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit innerhalb eines Jahres mit Hilfe von Eingliederungsmassnahmen wiedererlangt werden (Therapieadhärenz vorausgesetzt). Aktuell bestehe auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 36 S. 3 ff.). 3.12 Der Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 19. März 2018 zum Gutachten von med. pract. E. \_\_\_ kann Folgendes entnommen werden: die psychiatrische Diagnose sei korrekt. Leider seien die chronischen somatischen Beschwerden (Hypertonie, Schlafapnoe und Adipositas) als Teil der Diagnose weder erwähnt noch für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt worden. Die Gutachterin empfehle als «lege artis»-Behandlung eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung und einen Einsatz von Medikamenten. Die Patientin, die schon im 62. Lebensjahr stehe, könne sich aber mit dieser Massnahme nicht einverstanden erklären. Jegliche Art von Druck würde negativ auf sie wirken. Sie erwähne, dass es ihr schon viel besser gehe als vor einem Jahr: da sei sie noch absolut unfähig gewesen, aufzustehen, sei

den ganzen Tag im Bett gelegen und habe sich nicht mehr gepflegt. Sie habe überhaupt keine Haushaltarbeiten mehr erledigen können. Ihre Wohnung habe wie diejenige einer Messie ausgesehen. Jetzt stehe sie jeden Tag, meistens zwischen 10 und 12 Uhr, auf. Dank der Ruhe, die sie sich gönne, und der Hilfe ihrer Tochter habe sie schon viele Fortschritte gemacht. Sie könnte ohne tägliche Anwesenheit ihrer Tochter nicht leben, weshalb sie sich auch auf keinen Fall einer Hospitalisation unterziehen könnte. Vor Medikamenten habe sie grosse Angst, da sie darauf bereits allergische Nebenwirkungen gezeigt habe. Beim Versuch, die Tochter bzw. ihre drei erwachsenen Kinder einzuladen, um eine eventuelle Hospitalisation zu besprechen, sei festzustellen gewesen, dass auch diese keine Notwendigkeit einer stationären Behandlung einsähen. Die Patientin fühle sich am Wohlsten im Schoss ihrer Familie. Eine Hospitalisation würde ihrer Mutter mehr schaden als nützen (IV-Nr. 38).

3.13 RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2018 fest, zwar verwundere weiterhin die schwer erklärbare erhebliche Diskrepanz in den Einschätzungen beider Gutachter und insbesondere die konsequente Weigerung der Behandlerin, mit der Versicherten eine adäquate Therapie durchzuführen. Das vorliegende monodisziplinäre Gutachten von med. pract. E. \_\_\_\_, vom 21. Februar 2018 erscheine aber als umfassend, in Kenntnis der Vorakten erstellt, auf allseitigen Untersuchungen beruhend, die geklagten Beschwerden berücksichtigend, IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen diskutierend und in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit überwiegend nachvollziehbar. Der RAD könne sich daher dieser Beurteilung anschliessen. Nach den vorliegenden Meinungsäusserungen der Behandlerin dürfte nicht damit zu rechnen sein, dass diese ihre Behandlungsstrategie den Empfehlungen der Gutachterin anpasse. Von einer Behandlungsaufgabe unter Zwang könne keine positive Entwicklung der Symptome erwartet werden (IV-Nr. 40).

3.14 Aus dem Bericht der Praxis [...] (Dr. med. J. \_\_\_\_) zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 20. September 2018 gehen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: Depression seit März 2016, Adipositas, Schlafapnoesyndrom, Stauungsödem an den Beinen, Schmerzen im Knie rechts mehr als links und im OSG rechts und links sowie Plantaraponeurose rechts mehr als links. Die arterielle Hypertonie habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit März 2016 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Patientin klage über Schmerzen bei leichter Bewegung, sogar beim Laufen. Sodann gebe sie eine depressive Verstimmung an. Das Tragen von Kompressionsstrümpfen löse bei ihr Atemschwierigkeiten bzw. -not aus, sodass diese Massnahme nicht möglich sei. Es sei eine Lymphdrainage durchzuführen. Wegen fehlender Abrollung und Dämpfung bestünden Schwierigkeiten beim Tragen von Konfektionsschuhen. Orthopädische Serienschuhe, allenfalls mit orthopädischen Änderungen, seien angezeigt (IV-Nr. 49; vgl. auch IV-Nr. 56 S. 24 f.).

3.15 Die behandelnde Psychiaterin hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. März 2019 zur vorliegend angefochtenen, ablehnenden Verfügung der Beschwerdegegnerin fest, nach Erhalt des Vorbescheides vom 22. Oktober 2018 habe die Patientin ihre Termine wahrgenommen und sogar intensiviert. Fünf Termine hätten stattgefunden, was einem 14-täglichen Rhythmus entspreche, wenn man auch die Abwesenheiten (Ferien, Krankheit) der behandelnden Ärztin berücksichtige. Wie im Vorbescheid vorgeschlagen, sei mit der Patientin eine psychiatrische Hospitalisation ausführlich besprochen worden. Ebenso die Behandlung der chronischen Depression nach dem CBASP-Verfahren sei Inhalt der Diskussion gewesen. In

der Privatklinik [...] in [...] werde das CBASP-Verfahren angewendet, jedoch nur im Gruppensetting, was für die Patientin nicht realisierbar sei. Diese sei nicht in der Lage, in einer Therapiegruppe zu arbeiten und sich zu öffnen. Zwischen dem IV-Vorbescheid vom 22. Oktober 2018 und der definitiven Verfügung vom 12. März 2019 habe sich die Beschwerdegegnerin bei ihr nicht erkundigt, ob die Empfehlungen befolgt worden seien. Dieser Zeitraum sei zu kurz, um beurteilen zu können, ob die Empfehlungen und Anordnungen der IV erfolgreich hätten umgesetzt werden können (IV-Nr. 63 S. 32 f.).

3.16 Dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachträglich eingereichten Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ (Praxis [...]) vom 9. April 2019 (vgl. E. I. 2.2 hiervor) können folgende Diagnosen entnommen werden: «1. Depression; 2. Arterielle Hypertonie; 3. Adipositas; 4. Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom unter CPAP; 5. Lipödem Typ IV Stadium II; 6. Chronische Gelenkschmerzen (Knie, OSG) und rezidivierende Plantarfasziitis bds, gewichtsbedingt». Im Weiteren wurde dargelegt, der Patientin sei es aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich, ihre bisherigen Tätigkeiten sowohl im Beruf als auch im Haushalt auszuüben. Sie sei durch den Schmerzzustand ihrer Knie und Sprunggelenke in ihrer Beweglichkeit erheblich eingeschränkt, was sich wiederum negativ auf ihre Depression auswirke. Sie benötige dringendst eine Haushaltshilfe, dies auch zur Bewältigung ihrer Körperpflege (BB 4). 4.

### **E. 3**

Frau D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, [...], [...], sei gerichtlich gestützt auf § 58 Abs. 1 VRPG/SO i.V.m. Art. 175 ZPO als sachverständige Person gerichtlich protokollarisch zu befragen (Beweisthema: Frage nach der zeitgerechten Umsetzung der von der IV-Stelle auferlegten Behandlungsmassnahmen im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG).

### **E. 4**

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.

#### **E. 4.1**

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 12. März 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den Abklärungen stehe eine depressive Störung im Vordergrund. Die Ausprägung des psychischen Leidens habe die untersuchende Psychiaterin als mittelgradig bewertet. Als psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden die nach der Kündigung frustrane Stellensuche, das Verlassenwerden vom Freund sowie die Zukunftssorgen (auch finanzieller Art). Allerdings habe sich in der Untersuchungssituation keine Einschränkung der Aufmerksamkeit und Konzentration, Merkfähigkeit und des Gedächtnisses finden lassen. Die Stimmungslage sei deutlich depressiv gewesen. Eine Therapieresistenz liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin suche seit dem 23. Mai 2016 einmal monatlich eine Kinder- und Jugendpsychiaterin auf. Sie nehme keine Antidepressiva ein und habe sich auch noch nie in einer stationären oder teilstationären spezifischen antidepressiven Behandlung befunden. Die bisherige Behandlung sei nicht «lege artis» erfolgt. Die Gutachterin empfehle dringend, eine störungsspezifische, ausreichend intensive stationäre Behandlung in die Wege zu leiten. Unter Umständen müsse die Behandlung anschliessend im tagesstationären Setting fortgesetzt werden. Bei dieser Gelegenheit sollte auch eine psychopharmakologische

Behandlung eingeleitet werden. Die vorgeschlagenen Therapien und Behandlungen seien zumutbar und dringend notwendig. Beim Indikator «Komorbiditäten» finde man keine weiteren psychischen Störungsbilder. In somatischer Hinsicht erhalte die Beschwerdeführerin wegen eines Knickfusses und pathologischen Laufgangs von der IV orthopädische Serienschuhe. Das Schlafapnoesyndrom werde unter CPAP-Therapie behandelt. Die Hypertonie sei vom Hausarzt nicht als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewertet worden. Ausserdem sei eine Adipositas grundsätzlich nicht als invalidisierend zu betrachten. Eine Persönlichkeitsstörung sei nicht festgestellt worden. Zur «Konsistenz» sei festgehalten worden, dass die Angaben der Beschwerdeführerin authentisch gewesen seien und sich das Krankheitsbild auch im häuslichen Umfeld und im Alltag widerspiegle. Allerdings sei dort durch die zunehmende Versorgung durch die Tochter von einem sekundären Krankheitsgewinn auszugehen. Gesamthaft betrachtet sei eine anspruchsrelevante Arbeitsunfähigkeit zu verneinen. Auffällig sei, dass die Beschwerdeführerin trotz einer langjährigen, nicht als lege artis zu bezeichnenden Behandlung keine Einschränkungen von Aufmerksamkeit und Konzentration gezeigt habe. Sie fahre sogar gerne Auto, obwohl die Therapieadhärenz nach den gutachterlichen Angaben zu wünschen übriglasse: Es finde weder eine suffiziente Pharmakotherapie noch eine entsprechende Psychotherapie statt; empfohlen werde primär eine störungsspezifische intensive, den Leitlinien entsprechende stationäre Behandlung. Von einer Invaliditätsbemessung könne angesichts zu verneinender Arbeitsunfähigkeit abgesehen werden.

Zu den Einwänden nahm die Beschwerdegegnerin dahingehend Stellung, die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie bereit sei, die ihr auferlegte Auflage zu erfüllen; sie habe diese Massnahme auch bereits eingeleitet. Andererseits erkläre sie, dass sie auch ohne Hospitalisation grosse Fortschritte gemacht habe, dies mit Hilfe der Therapeutin und ihrer Tochter. Somit bestehe ein Widerspruch zwischen den beiden Erklärungen. In der Auflage sei keine Erklärung, sondern ein entsprechender Nachweis gefordert worden. Die im Vorbescheid vom 22. Oktober 2018 formulierte Auflage sei somit nicht erfüllt worden. Auch eine Behandlung im stationären oder teilstationären Rahmen sei zumutbar. Angesichts des sehr langen und unbehandelten Krankheitsverlaufs sowie der mangelhaften Therapieadhärenz und der hohen Inanspruchnahme der Invalidenversicherung erweise es sich zufolge der nicht erfüllten Auflage vom 22. Oktober 2018 als gerechtfertigt, IV-Leistungen bis zum Eintritt des Versicherungsfalles «Alter» gänzlich zu verweigern, unabhängig davon, ob dieser Versicherungsfall durch die angedeutete vorzeitige Pensionierung (ab Februar 2019) realisiert werde oder nicht. Auf die Einwände gegen die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Indikatorenprüfung müsse nicht näher eingegangen werden, da so oder anders betrachtet kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zwar beantragt worden, im Einwand werde aber, soweit ersichtlich, nicht näher darauf eingegangen. Aufgrund der Aktenlage sei nicht ersichtlich, inwiefern es angezeigt sei, solche Massnahmen in die Wege zu leiten (IV-Nr. 58; A.S. 1 ff.).

4.1.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, die angefochtene Verfügung sei vollumfänglich aufzuheben und es seien ihr ab wann rechtens die gesetzlichen IV-Leistungen (Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen) nach Massgabe einer Invalidität von mindestens 40 % auszurichten; eventualiter sei die Sache zur Neu beurteilung und zum Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin

zurückzuweisen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, die behandelnde Psychiaterin, D.\_\_\_\_, habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 24. März 2016 bestätigt, dies aufgrund einer rezidivierenden mittelgradigen, zeitweise schweren, depressiven Störung, einem Erschöpfungssyndrom sowie dazu kombinierten somatischen Erkrankungen. Die von der Beschwerdegegnerin formulierte «Auflage» sei erfüllt worden, obwohl diese keine verbindliche Rechtswirkung habe entfalten können. Tatsächlich habe sich die Beschwerdeführerin bei ihrer behandelnden Psychiaterin gemeldet, innert der angesetzten Frist den Nachweis der Massnahmeneinleitung erbracht, die psychiatrischen Therapietermine intensiviert und die Psychiaterin aufgefordert, sie bei einer geeigneten stationären Institution anzumelden, was die Ärztin auch ohne zeitlichen Verzug getan habe, indem sie einen Aufenthalt in der Klinik [...] in [...] evaluiert habe. Ohne die Ergebnisse dieser Evaluation abzuwarten und bei der behandelnden Psychiaterin nachzufragen, habe die Beschwerdegegnerin die Einwände der Beschwerdeführerin verworfen und sei direkt zur Abweisung des Leistungsbegehrens gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG geschritten, was nicht angehen könne. Im Weiteren habe die Beschwerdeführerin die Antidepressiva ausprobiert, es seien aber immer wieder die gleichen Nebenwirkungen aufgetreten.

Ferner wird ausgeführt, die Beschwerdegegnerin habe die Arbeitsunfähigkeit anscheinend alleine deshalb verneint, weil die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin behandelbar gewesen sein solle, weshalb auf die Einwände der Beschwerdeführerin zur Indikatorenprüfung vom 12. November 2018 nicht mehr weiter eingegangen worden sei. Dies sei zu rügen. Die Beschwerdegegnerin gehe vom Fehlen einer schweren Ausprägung der Störung aus, ohne diese Feststellung auf objektive Befunde abzustützen. Der Beschwerdeführerin sei es nicht möglich gewesen, den Tatbeweis für ihren Eingliederungswillen zu erbringen. Weil von der Beschwerdegegnerin bisher keine berufspraktische Erprobung durchgeführt worden sei, seien keine entsprechenden Ergebnisse vorhanden. Die Beurteilung der Beschwerdegegnerin erweise sich weiterhin als erklärungsbedürftig und nicht schlüssig. Als ressourcenhemmend sei sicher auch das fortgeschrittene Alter der Beschwerdeführerin von 62 Jahren zu beurteilen. Die somatischen Komorbiditäten der Beschwerdeführerin seien begründet und den Einschränkungen betreffend Hypertonie, Schlafapnoe und Adipositas sei Rechnung zu tragen. Dennoch habe die Verwaltung im Ergebnis die von der psychiatrischen Gutachterin beurteilte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100 % als vollständig nichtig beurteilt, sei nicht einmal zu einer verhältnismässigen Teilarbeitsfähigkeit gelangt und habe die somatische Komponente vorgelagert komplett ausgeblendet. Das Vorgehen der Verwaltung, die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der somatisch bedingten Erkrankungen vorgelagert zur Prüfung der massgeblichen Indikatoren zu beurteilen und damit quasi vom übrigen Krankheitsbild abzuspalten, konterkariere das Ziel von BGE 141 V 281, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits zu beurteilen. Allfällige (negative) Folgen der somatisch bedingten Erkrankungen (und auch der akzentuierten abhängigen Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin) und auch des fortgeschrittenen Alters von 62 Jahren auf die Ressourcen seien gänzlich unberücksichtigt geblieben. Bereits unter diesem Aspekt habe die Verwaltung die Prüfung der massgeblichen Indikatoren nicht bundesrechtskonform durchgeführt.

Die beschriebenen Einschränkungen führten dazu, dass die Beschwerdeführerin derzeit nur noch an einem Schonarbeitsplatz eingesetzt werden könne, wo sie keiner Belastung, keinem (zeitlichen) Stress, keinem Gruppendruck, keinem Kundendruck und keiner permanenten Präsenz und Aufmerksamkeit ausgesetzt sei. Im Weiteren benötige sie einen verständnisvollen, nicht fordernden und stillen Vorgesetzten, der notfalls auch für sie einspringe. Die qualitativen Anforderungen an einen Arbeitgeber seien erheblich und könnten sogar kaum in einem geschützten Rahmen angeboten werden. Wie die Verwaltung bei dieser Ausgangslage zum Schluss kommen könne, den genannten somatischen Komorbiditäten und anderen Faktoren seien keine wesentlichen ressourcenhemmenden Wirkungen beizumessen, sei schleierhaft. Sodann streiche die Verwaltung einseitig nur Einzelaspekte hervor, welche die Ressourcen der Beschwerdeführerin in einem günstigen Licht erscheinen liessen. Die entscheiderelevanten Darlegungen der Gutachterin zu den abhängigen, emotional-instabilen Persönlichkeitszügen seien ungewürdigt geblieben. Die Beschwerdeführerin lebe weitgehend sozial zurückgezogen. Die zu mobilisierenden Ressourcen seien bescheiden. Die Konsistenzprüfung ergebe, dass das Aktivitätsniveau der Explorandin im Verhältnis zu ihrer Arbeitsfähigkeit angemessen erscheine. In beiden vorliegenden Gutachten der Verwaltung werde die Konsistenz der Explorandin in deren Verhalten keineswegs in Frage gestellt. Es sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %, allenfalls 50 %, auszugehen, womit eine Invalidität von mindestens 40 % bestehe (A.S. 7 ff.).

4.2 Zunächst ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren zwei psychiatrische Gutachten veranlasste, welche sich bezüglich der gestellten Diagnosen, der fachärztlichen Beurteilung und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin deutlich widersprechen. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte aufgrund seiner psychiatrischen Begutachtung der Beschwerdeführerin vom 22. Juni 2017 und der von ihm konsultierten medizinischen Berichte die psychiatrische Diagnose (mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit) einer leichten depressiven Episode (F33.0) bei rezidivierender depressiver Störung und hielt im Rahmen der Epikrise im Wesentlichen fest, insgesamt seien die diagnostischen Algorithmen einer leichten depressiven Episode erfüllt. Die in der Vergangenheit attestierte schwere bzw. mittelgradige depressive Episode lasse sich aufgrund der aktuell erhobenen Befunde nicht mehr bestätigen. Insoweit sei aus psychiatrischer Sicht eine wesentliche Besserung der psychischen Grundfunktionen sowie der Ressourcen zu verzeichnen. Die von der behandelnden Psychiaterin attestierte mittelgradige Depression bei rezidivierender depressiver Störung sei deutlich, wenngleich nicht vollständig remittiert. Dementsprechend stellte der Gutachter nur eine gering ausgeprägte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fest. Diese sei in der Lage, während 7 Stunden pro Tag, möglichst verteilt auf 2 Arbeitsplätze zu jeweils 3,5 Stunden mit zwischenzeitlicher Regenerationspause, einer ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepassten Tätigkeit nachzugehen. Eine darüber hinausgehende weitere Minderung der Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Optik nicht zu bestätigen, auch nicht unter Berücksichtigung der somatischen Komorbidität. Dr. med. C.\_\_\_\_ kam zum Schluss, sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer denkbaren Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 80 % (IV-Nr. 24 S. 21 ff.; vgl. E. II. 3.8 hiervor).

Nachdem die behandelnde Psychiaterin, D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, zum vorerwähnten Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_

Stellung genommen und dieses kritisiert hatte (IV-Nr. 26; vgl. E. II. 3.9 hiervor), veranlasste die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Zweitbegutachtung bei med. pract. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche am 1. November 2017 durchgeführt wurde (IV-Nr. 36 S. 3 ff.). Im Gegensatz zu Dr. med. C.\_\_\_\_ stellte die psychiatrische Gutachterin aufgrund ihrer Exploration und der beigezogenen medizinischen Berichte die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F33.11), und gab weitere psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an. Im Rahmen der Beurteilung führte sie im Wesentlichen aus, die diagnostischen Kriterien für eine «rezidivierende depressive Episode» und eine «mittelgradige depressive Episode» seien erfüllt. Med. pract E.\_\_\_\_ kam zum Schluss, das im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ abgegebene Bild der Beschwerdeführerin, die Beschreibung der aktuellen Symptomatik und die hierdurch abgeleitete Diagnose könnten in Anbetracht der Anamnese, der Vorberichte der Behandlerin und der aktuellen Begutachtung keinesfalls nachvollzogen werden. Die psychiatrische Gutachterin hielt zur Arbeitsfähigkeit fest, die Beschwerdeführerin sei seit 23. März 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Arbeitsfähigkeit in einer Bürotätigkeit (wie zuletzt im Autohaus) könne erst nach weitestgehender Remission der Erkrankung sukzessive wiedererlangt werden. Aktuell bestehe auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 36 S. 17 ff.; vgl. E. II. 3.11 hiervor).

Obwohl zwischen den beiden psychiatrischen Gutachten bezüglich Diagnose und Arbeitsfähigkeit ein erheblicher Widerspruch besteht, kommt ihnen grundsätzlich Beweiswert zu. Beide fachärztlichen Gutachten sind für die strittigen Belange umfassend, beruhen auf den Untersuchungen vom 22. Juni 2017 bzw. 1. November 2017, berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben. In beiden Begutachtungen wurde eine biographische, persönliche und berufliche Anamnese wiedergegeben und die psychiatrischen Befunde wurden detailliert erhoben. Im Weiteren wurden die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und im Rahmen einer Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingehend Stellung genommen, wobei in beiden Gutachten eine Indikatorenprüfung im Sinne von BGE 141 V 281 vorgenommen wurde (IV-Nr. 24 S. 25 ff. bzw. IV-Nr. 36 S. 20 ff.). Auch angesichts der schlüssigen und nachvollziehbaren (wenn auch voneinander abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen der beiden psychiatrischen Gutachter kann keines der beiden im Verwaltungsverfahren veranlassten Gutachten Vorrang gegenüber dem anderen beanspruchen. Vielmehr ist von gleichwertigen Expertisen auszugehen, da beide Administrativgutachten die für den Beweiswert entscheidenden Kriterien grundsätzlich erfüllen (vgl. E. II. 2.5 hiervor). Es besteht damit eine hinreichende Basis für die Beurteilung der massgebenden Indikatoren gemäss BGE 141 V 281, wie im Folgenden darzulegen ist (vgl. E. II. 5. hiernach).

4.3 Beim fachärztlichen Gutachten von med. pract. E.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2018 fällt auf, dass bei der Beschwerdeführerin bisher keine adäquate psychiatrische Behandlung durchgeführt wurde. Abgesehen davon, dass sie schon seit längerer Zeit (seit Mai 2016) von D.\_\_\_\_, einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, betreut und behandelt wird (eine erste psychiatrische Behandlung bei ihr erfolgte bereits von September 2012 bis Juni 2014, vgl. IV-Nr. 14 S. 5), weist med. pract. E.\_\_\_\_ nachvollziehbar darauf hin, seit dem Beginn der aktuellen, seit mittlerweile zwei Jahren anhaltenden depressiven

Episode sei zu keinem Zeitpunkt eine suffiziente psychopharmakologische Behandlung erfolgt. Sogar ein Pflanzenpräparat sei von der Beschwerdeführerin wegen Nebenwirkungen abgesetzt worden. Ebenfalls habe bislang keine Intensivierung der Therapie in Form einer (teil)stationären Behandlung stattgefunden. Therapietermine nehme die Beschwerdeführerin aktuell nur einmal monatlich in Anspruch (vgl. auch Stellungnahmen von D.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2016 [IV-Nr. 14 S. 5 ff.] und 10. April 2017 [IV-Nr. 19]). In Anbetracht des langen Verlaufs und des Schwerebildes sei insbesondere auch die ablehnende Haltung der Behandlerin (die im Übrigen nur Kinder- und Jugendpsychiaterin sei) einer stationären Behandlung gegenüber nicht nachvollziehbar. Hierdurch sei einer Chronifizierung Vorschub geleistet worden, und die Behandlung entspreche bei weitem nicht den S3-Leitlinien (IV-Nr. 36 S. 19). Gemäss den Angaben der behandelnden Kinder- und Jugendpsychiaterin wurde eine leitliniengerechte Depressionsbehandlung zwar angesetzt, sie musste jedoch wegen starken Nebenwirkungen (Kopfschmerzen, Schwindelanfällen, Tremor, Übelkeit, z.T. innerem Zittern und Angstzuständen) nach zwei Monaten abgesetzt werden. Die Patientin nehme regelmässig und seit längerer Zeit Diuretica (Hypertonie und Lymphoedem), im Weiteren ■ aktuell und schon während der ersten Depressionsphase ■ Schüsselsalz- und Bachblütenpräparate. Sie hole sich Kraft auch mit einer Teemischung (IV-Nr. 19; vgl. E. II. 3.7 hiervor). Zur stationären bzw. teilstationären Behandlung und Einsatz von Medikamenten («lege artis»-Behandlung) nahm D.\_\_\_\_ am 19. März 2018 dahingehend Stellung, die Beschwerdeführerin könne sich mit dieser Massnahme nicht einverstanden erklären, da sich jegliche Art von Druck auf sie negativ auswirken würde. Gemäss ihren Angaben gehe es ihr aber schon viel besser als vor einem Jahr und sie habe mit Hilfe der Tochter schon viele Fortschritte gemacht. Ohne tägliche Anwesenheit ihrer Tochter könnte sie nicht leben, weshalb eine Hospitalisation für sie nicht in Frage komme. Auch nach den Angaben ihrer Tochter bzw. ihrer drei erwachsenen Kinder würde eine Hospitalisation der Patientin mehr schaden als nützen (IV-Nr. 38; vgl. E. II. 3.12 hiervor). Gemäss dem Bericht von D.\_\_\_\_ vom 26. März 2019 habe die Beschwerdeführerin nach Erhalt des Vorbescheids vom 22. Oktober 2018 ihre Behandlungstermine wahrgenommen und sogar intensiviert. Es hätten fünf Termine stattgefunden, was ■ unter Berücksichtigung von Abwesenheiten (Krankheit, Ferien) der Behandlerin ■ einem 14-täglichen Rhythmus entspreche. Eine psychiatrische Hospitalisation sei ausführlich besprochen und mögliche Kliniken seien gesucht worden; ebenso die Behandlung der chronischen Depression nach dem CBASP-Verfahren, was z.B. in der Privatklinik [...] in [...] möglich sei. Da dieses Verfahren dort nur im Gruppensetting angeboten werde, sei es für die Beschwerdeführerin nicht realisierbar, da sie nicht in der Lage sei, in einer Gruppe zu arbeiten und sich zu öffnen (IV-Nr. 63 S. 32 f.; E. II. 3.15 hiervor). Diese Angaben der behandelnden Kinder- und Jugendpsychiaterin stehen im Widerspruch zu den gutachterlichen Ausführungen von med. pract. E.\_\_\_\_, wonach eine störungsspezifische, ausreichend intensive stationäre Behandlung (z.B. mit dem gut evaluierten CBASP-Verfahren) in die Wege geleitet und die Behandlung unter Umständen im tagesstationären Setting fortgesetzt werden sollte, wobei auch eine psychopharmakologische Behandlung einzuleiten sei. Wahrscheinlich sei hierfür eine umfangreiche Psychoedukation innerhalb des stationären Settings erforderlich. Diese vorgeschlagenen Therapien und Behandlungen seien zumutbar und dringend notwendig (IV-Nr. 36 S. 22 und 24). Angesichts dieser überzeugenden Argumentation der psychiatrischen Gutachterin kann auf die Ausführungen von D.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden.

4.4 Nachdem sich der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2018 (IV-Nr. 40 S. 3; E. II. 3.13) dahingehend geäußert hatte, er könne sich der Beurteilung von med. pract. E.\_\_\_\_ anschließen und nach der Meinungsäußerung der Behandlerin könne nicht damit gerechnet werden, dass diese ihre Behandlungsstrategie den Empfehlungen der Gutachterin anpasse, stellte die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 22. Oktober 2018 in Aussicht, den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente abzuweisen. Im Weiteren nahm sie gestützt auf das Gutachten von med. pract. E.\_\_\_\_ eine Indikatorenprüfung im Sinne von BGE 141 V 281 vor und kam zum Schluss, gesamthaft betrachtet sei eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit zu verneinen; von einer Invaliditätsbemessung könne daher abgesehen werden. Sodann wies sie auf die der Beschwerdeführerin obliegende Schadenminderungspflicht hin und erteilte ihr im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG die Auflage, eine störungsspezifische, ausreichend intensive stationäre Behandlung (z.B. mit dem gut evaluierten CBASP-Verfahren) in die Wege zu leiten. Anschliessend sei die Behandlung im tagesstationären Setting fortzusetzen. Es sei ausserdem mit einer psychopharmakologischen Behandlung zu beginnen. Ein entsprechender schriftlicher Nachweis, dass diese Massnahmen eingeleitet worden seien, sei der IV-Stelle innert Frist einzureichen. Schliesslich wies sie auf die Säumnisfolgen hin und gab die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen an, auf welche sie sich stützte (Art. 7 Abs. 2 IVG und Art. 21 Abs. 4 ATSG; IV-Nr. 52 S. 2 ff.). In der Folge liessen die Beschwerdeführerin am 12. November 2018 und deren Vertreter am 21. November 2018 Einwände erheben (IV-Nr. 56). In der vorliegend angefochtenen Verfügung stellte die Beschwerdegegnerin dann fest, die im Vorbescheid vom 22. Oktober 2018 formulierte Auflage sei nicht erfüllt worden. Angesichts des sehr lange unbehandelten Krankheitsverlaufs und der mangelhaften Therapieadhärenz sowie der hohen Inanspruchnahme der Invalidenversicherung erweise es sich als gerechtfertigt, Leistungen bis zum Eintritt des Versicherungsfalles «Alter» gänzlich zu verweigern, unabhängig von der angedeuteten vorzeitigen Pensionierung (ab Februar 2019). Auf die Einwände der Beschwerdeführerin gegen die von der IV-Stelle vorgenommene Indikatorenprüfung müsse daher nicht näher eingegangen werden, «da so oder anders betrachtet kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht» (IV-Nr. 58 S. 4).

Die Beschwerdeführerin lässt diesbezüglich geltend machen, die Beschwerdegegnerin behaupte das Nichteinhalten einer (unverbindlichen) «Auflage», ohne diesen Vorwurf stichhaltig und substantiiert belegen zu können. Tatsächlich habe sich die Beschwerdeführerin bei ihrer behandelnden Psychiaterin gemeldet, innert Frist den Nachweis der Massnahmeneinleitung erbracht, die psychiatrischen Therapietermine intensiviert und die Psychiaterin aufgefordert, sie bei einer geeigneten stationären Institution anzumelden, was die Ärztin auch ohne zeitlichen Verzug getan habe, indem sie einen Aufenthalt in der Klinik [...] in [...] evaluiert habe. Ohne diese Ergebnisse dieser Evaluation abzuwarten und ■ in Verletzung der Abklärungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG ■ ohne bei der behandelnden Psychiaterin nachzufragen, habe die Beschwerdegegnerin die Einwände der Beschwerdeführerin verworfen und sei direkt zur Abweisung des Leistungsbegehrens geschritten, was nicht angehen könne. Im Übrigen wäre es lebensfremd und entspreche auch nicht den aktuellen Realitäten, dass stationäre Klinikaufenthalte innert kurzer Fristen bewerkstelligt werden könnten. Die Kliniken seien gerichtsnotorisch überfüllt und es bestünden relativ lange Wartezeiten (vgl. Beschwerde, S. 8 f. Ziff. 4; A.S. 14 f.).

Ob die vorerwähnte Auflage der Beschwerdegegnerin vom 22. Oktober 2018, eine störungsspezifische, ausreichend intensive Behandlung einzuleiten, und diesbezüglich einen Nachweis zu erbringen, von der Beschwerdeführerin erfüllt oder nicht erfüllt wurde, braucht hier nicht entschieden zu werden. In Übereinstimmung mit deren Argumentation ist angesichts der Begründung in der angefochtenen Verfügung davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin deswegen nicht anerkannt wurde, weil das psychische Leiden behandelbar sei und der Beschwerdeführerin eine entsprechend adäquate Behandlung nach den gutachterlichen Angaben auch zugemutet werden könne (vgl. IV-Nr. 58 S. 3 Ziff. 2 unten und S. 4 Ziff. 3 und 4). Der Leistungsanspruch wurde somit ■ ohne auf die Einwände bezüglich der vorgenommenen Indikatorenprüfung einzugehen ■ androhungsgemäss gestützt auf Art. 7 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG abgelehnt. Dieses Vorgehen erweist sich nicht als gesetzeskonform. Wohl handelt es sich bei Verlauf und Ausgang von Therapien um wichtige Schweregrad-indikatoren, die bei deren Prüfung entscheidend in Anschlag gebracht werden dürfen. Dies entbindet die rechtsanwendende Behörde indessen nicht von der Pflicht, sämtliche Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f. zu prüfen und gestützt darauf gesamthaft zu beurteilen, ob auch aus rechtlicher Sicht eine Arbeits(un)fähigkeit anzunehmen ist. Mithin hat sie im Rahmen der Beweismwürdigung zu prüfen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt worden sind und somit den normativen Vorgaben Rechnung getragen worden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_126/2018 vom 19. Oktober 2018 E. 4.3 mit Hinweisen). Dies ist im Folgenden nachzuholen.

## **E. 5**

5.1 Nach BGE 141 V 281 beurteilt sich das Vorliegen einer rechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens anhand von systematisierten Indikatoren. Diese Indikatoren erlauben ■ unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2017 vom 9. Mai 2018 E. 4.2 mit Hinweis u.a. auf BGE 143 V 418 E. 4.1.1 S. 422 und 141 V 281 E. 3.4.2.1 und E. 3.6 S. 293 ff.). Rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztperson, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Deshalb kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verliert (Urteil des Bundesgerichts 9C\_505/2018 vom 17. Oktober 2018 E. 5.1 mit Hinweisen).

Im Folgenden ist zu prüfen, auf welche gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit aufgrund des psychischen Leidens der Beschwerdeführerin vor den Standardindikatoren abzustellen ist. Dabei ist keine losgelöste juristische Parallelprüfung der Indikatoren vorzunehmen, sondern es sind anhand der medizinischen Indikatorenprüfung schlüssig die massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung eines stimmigen Gesamtbildes abzuhandeln und es ist zu prüfen, ob aus juristischer Sicht der medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit gefolgt werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_703/2018 vom 13. Juni 2019 E. 4.2.3.2 mit Hinweisen).

## E. 5.2

5.2.1 Die psychiatrische Gutachterin med. pract. E.\_\_\_\_ hielt zur Kategorie «funktioneller Schweregrad», Komplex «Gesundheitsschädigung», fest, die psychopathologische Symptomatik entspreche einer doch recht deutlich ausgeprägten «mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom» mit erheblichem Einfluss auf die Alltagsaktivitäten und die funktionellen Fähigkeiten. Konkret leide die Beschwerdeführerin unter einer depressiven Stimmung, die täglich und während der meisten Zeit des Tages, unabhängig von den äusseren Umständen, vorhanden sei. Sie habe einen erheblichen Interessens- und Freudeverlust, eine Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdung, Energieverlust und Erschöpfung beklagt sowie über den Verlust des Selbstwertgefühls, eine verminderte Konzentration und eine erhebliche Unschlüssigkeit im Alltag mit psychomotorischer Hemmung berichtet. Daneben habe sie über Durchschlafstörungen, die zum Teil somatisch begründbar seien (Schlafapnoesyndrom, Schlafen mit einer Maske) sowie über einen Libidoverlust berichtet. Hinweise auf aggravierte oder simulierte kognitive Defizite im Sinne einer manifesten Gedächtnisstörung konnte die psychiatrische Gutachterin nicht finden; ebenso wenig weitere Hinweise auf ein aggravatorisches oder simuliertes Verhalten. Eine Persönlichkeitsstörung konnte bei der Beschwerdeführerin nicht festgestellt werden. Allenfalls seien leicht selbstunsichere Persönlichkeitszüge vorhanden. Es könne sich jedoch auch um eine Überlagerung durch die depressive Symptomatik handeln. Eine objektive Beurteilung sei jedoch erst in remittiertem Zustand möglich (IV-Nr. 36 S. 20 f.). Diese Beurteilung weicht insoweit vom Begutachtungsergebnis von Dr. med. C.\_\_\_\_ ab, als die Ausprägung und die Schwere der depressiven Episode von diesem als gering angesehen wurden. Übereinstimmung besteht hingegen bei der Feststellung, dass eine Aggravation oder Simulation der Beschwerdeführerin verneint und die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert als nicht gegeben erachtet wurden; leicht selbstunsichere Persönlichkeitszüge wurden jedoch in beiden Gutachten festgestellt. Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt fest, die Beschwerdeführerin verfüge über gute Ressourcen in den sogenannten komplexen Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Intentionalität, Affektregulation und Interaktionskompetenz, aber durchaus auch Regressionsfähigkeit (IV-Nr. 24 S. 26 f.). Von einer schweren Ausprägung der Störung kann aufgrund der vorerwähnten gutachterlichen Angaben ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ■ nicht ausgegangen werden, hielt doch auch die behandelnde Psychiaterin in der Stellungnahme vom 19. März 2018 zum Gutachten von med. pract. E.\_\_\_\_ fest, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F33.11), sei korrekt (IV-Nr. 38; vgl. E. II. 3.12 hiervor).

5.2.2 Zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg legte med. pract. E.\_\_\_\_ dar, die Beschwerdeführerin suche seit dem 23. Mai 2016 die Kinder- und Jugendpsychiaterin D.\_\_\_\_ einmal pro Monat auf. Sie nehme keine Antidepressiva ein, nachdem sie bereits auf ein Pflanzenpräparat mit Nebenwirkungen reagiert habe. Sie habe sich auch noch nie in einer stationären oder teilstationären spezifischen antidepressiven Behandlung befunden. Angesichts der Schwere der affektiven Störung und der Dauer der Episode ohne Remission sei dies nicht nachvollziehbar, die Behandlung entspreche nicht den Empfehlungen der S3-Leitlinie für depressive Erkrankungen. Die bisherige Behandlung sei nicht «lege artis» durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin habe bisher nicht gut kooperiert, sie habe etwaige «Nebenwirkungen» der Antidepressiva nicht toleriert, nehme Behandlungstermine angesichts der Schwere der Symptomatik nur selten wahr und habe sich noch nie in

stationärer Behandlung befunden. Es sollte dringend eine störungsspezifische, ausreichend intensive stationäre Behandlung (z.B. mit dem gut evaluierten CBASP-Verfahren) in die Wege geleitet werden. Unter Umständen müsse die Behandlung anschliessend im tagesstationären Setting fortgesetzt werden. Bei dieser Gelegenheit sollte auch eine psychopharmakologische Behandlung eingeleitet werden. Wahrscheinlich sei hierfür eine umfangreiche Psychoedukation innerhalb des stationären Settings erforderlich. Im Weiteren hielt die Gutachterin fest, nach der Kündigung habe die Beschwerdeführerin über einen langen Zeitraum hinweg erfolglos versucht, eine neue Stelle zu finden. Die parallele Beendigung einer langjährigen Beziehung habe schliesslich in eine zunächst «schwere» depressive Symptomatik mit Arbeitsunfähigkeit gemündet. Seitdem habe die Beschwerdeführerin keine Arbeitsbemühungen mehr unternommen. Sie halte sich krankheitsbedingt für völlig arbeitsunfähig und sogar teilweise für pflegebedürftig. Aktuell hänge die Eingliederungsproblematik vollumfänglich mit der bislang nicht (ausreichend) behandelten depressiven Erkrankung zusammen. Eingliederungsmassnahmen seien erst nach einer leitliniengerechten stationären Behandlung und weitestgehender Remission und Wiedererlangung der funktionellen Fähigkeiten zumutbar (IV-Nr. 36 S. 22 f.). Entgegen dieser Einschätzung stellte Dr. med. C. \_\_\_ fest, die bisherige Behandlung sei «lege artis» erfolgt. Soweit aus der Aktenlage und der Anamnese ersichtlich sei, habe die Beschwerdeführerin bei bislang erfolgten therapeutischen Bemühungen kooperiert. Eine Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wäre gegebenenfalls zu diskutieren, sofern die Beschwerdeführerin wieder Anzeichen für eine verstärkte depressive Symptomatik zeige. Hinweise auf berufliche Eingliederungsmassnahmen seien nicht ersichtlich (IV-Nr. 24 S. 28 f.). Wie oben (unter E. II. 4.3 hiervor) bereits erwähnt, genügen die bisher durchgeführten Behandlungsmassnahmen nach den Angaben der psychiatrischen Gutachterin in keiner Weise. Von einer bisherigen Behandlung «lege artis» kann hier keine Rede sein. Es ist damit davon auszugehen, dass die von med. pract. E. \_\_\_ vorgeschlagenen Therapien und Behandlungen der Beschwerdeführerin zuzumuten und dringend notwendig sind (vgl. IV-Nr. 36 S. 24). Nach den schlüssigen Angaben der psychiatrischen Gutachterin könnten berufliche Eingliederungsmassnahmen erst nach einer leitliniengerechten psychiatrischen Behandlung durchgeführt werden.

5.2.3 Komorbiditäten wurden von med. pract. E. \_\_\_ im Rahmen der Beurteilung erwähnt: die bestehenden Durchschlafstörungen seien zum Teil somatisch begründbar (Schlafen mit einer Maske bei Schlafapnoesyndrom; IV-Nr. 36 S. 19). Darauf wies sie auch im Rahmen der Indikatorenprüfung hin (IV-Nr. 36 S. 20). Dr. med. C. \_\_\_ erwähnte die bestehenden somatischen Komorbiditäten ebenfalls (Schlafapnoe-Syndrom, arterieller Bluthochdruck, Lymphödem und Übergewicht; vgl. IV-Nr. 24 S. 3 und 11), wobei er das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom, unter CPAP-Therapie offenbar gut eingestellt, den medikamentös behandelten arteriellen Bluthochdruck sowie das Lymphödem als (fachfremde) Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit einschätzte (IV-Nr. 24 S. 22). Im Rahmen der Indikatorenprüfung hielt Dr. med. C. \_\_\_ fest, auch unter Berücksichtigung der somatischen Komorbidität, wie sie sich aus der Aktenlage und der Anamnese ergebe, seien zwischen den Diagnosen keine Wechselwirkungen, welche eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit verstärkten oder gar potenzierten, festzustellen (IV-Nr. 24 S. 28). Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Leiden wurden auch von der psychiatrischen Gutachterin nicht beschrieben. Dazu ist festzuhalten, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1

S. 430; Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2017 vom 9. Mai 2018 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Davon kann hier nicht ausgegangen werden. In somatischer Hinsicht erhielt die Beschwerdeführerin wegen eines Knickfusses und pathologischen Laufgangs orthopädische Serienschuhe zugesprochen (vgl. IV-Nr. 49 und 51). Gemäss dem vorliegend jüngsten Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ (Lungenpraxis [...]) vom 28. Juni 2016 war die Beschwerdeführerin mit dem Effekt der CPAP-Therapie sehr zufrieden (IV-Nr. 12 S. 5; vgl. E. II. 3.3 hiervor). Die medikamentös behandelte arterielle Hypertonie wird auch vom Hausarzt nicht als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewertet (vgl. IV-Nr. 12 S. 1 und 49 S. 1, vgl. E. II. 3.3 und 3.14 hiervor). Das Lymph- bzw. Stauungsödem an den Beinen wird mit Lymphdrainage behandelt (vgl. IV-Nr. 49 S. 2, 56 S. 24). Schliesslich ist die bestehende Adipositas grundsätzlich nicht als invalidisierend zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_496/2012 vom 19. September 2012 E. 2.2). Anhaltspunkte für eine unzumutbare Gewichtsabnahme bzw. Behandlung sind nicht ersichtlich. Auch in psychischer Hinsicht sind gemäss den fachärztlichen Angaben keine relevanten Komorbiditäten festzustellen.

### **E. 5.3**

5.3.1 Zum Komplex «Persönlichkeit» führte med. pract E.\_\_\_\_ sodann aus, die aus [...] stammende Explorandin sei von ihren Eltern im Alter von 4 Jahren in die Schweiz geholt worden. Die Beschwerdeführerin habe sich allein gelassen gefühlt, da die Eltern und die deutlich älteren Geschwister gearbeitet hätten. In Kindergarten und Schule sei sie verspottet und ausgrenzt worden, da sie kein Deutsch gesprochen habe und aus [...] stamme. Im Alter von 20 Jahren habe sie einen 8 Jahre älteren Schweizer geheiratet, mit dem sie bereits seit dem 15. Lebensjahr befreundet gewesen sei. Gemäss ihren Schilderungen sei sie von ihrem Ehemann über Jahre hinweg ausgenutzt, schikaniert und dominiert worden. Dieser habe sich wenig fürsorglich verhalten. Sie hätte sich gerne von diesem getrennt, habe sich aber ein Leben alleine nicht zugetraut. Erst als er begonnen habe, sie zu schlagen, habe sie die Scheidung eingereicht. Er habe sie gezwungen, aus dem gemeinsamen Haus auszuziehen, und das Sorgerecht über die Kinder verlangt. Da sie in [...] habe bleiben wollen, habe sie dort das aktuelle Haus gekauft. Nach der Trennung sei es ihr deutlich besser gegangen. Im Jahr 1993 habe sie abermals einen Schweizer geheiratet, welcher Vater ihrer dritten Tochter (Jahrgang 1994) sei. Die Ehe sei sehr lange gut gegangen, bis man sich auseinandergeliebt habe. Schliesslich habe sie sich auch von ihm im Jahr 2003 scheiden lassen. Da sie schon immer gerne zum Tanzen gegangen sei, habe sie im Jahr 2009 einen 10 Jahre jüngeren Mann kennengelernt, mit dem sie eine Beziehung eingegangen sei. Er habe sie kurz vor Ostern 2016 wegen einer anderen Frau verlassen. Seither sei sie keine Beziehung mehr eingegangen. Sie lebe in einer Wohnung im eigenen Haus, die jüngste Tochter bewohne dort mit ihrem Ehemann ebenfalls eine Wohnung; im Erdgeschoss des Hauses befinde sich der Coiffeursalon der Tochter. Seit geraumer Zeit werde die Explorandin sowohl im Haushalt als auch bei der Körperpflege und beim Anziehen durch die Tochter unterstützt. Diese führe auch die zwei Hunde spazieren und pflege den Garten.

Im Weiteren legte med. pract. E.\_\_\_\_ dar, nach den sprachlich und kulturell bedingten Anfangsschwierigkeiten in der Schule, in der die Beschwerdeführerin stets Aussenseiterin gewesen sei, habe sie an einem Privatinstitut eine knapp dreijährige Ausbildung zur medizinischen Praxisassistentin (MPA) absolviert. Danach habe sie über viele Jahre hinweg mehrere Jobs parallel ausgeübt. Bis zur Geburt ihres Sohnes im Jahr 1979 sei sie Verwaltungsmitarbeiterin bei [...] in einem 100%-Pensum gewesen, danach habe sie nur

noch teilzeitlich (20 %) gearbeitet, bis sie 10 Jahre später eine einjährige Kosmetikausbildung absolviert und danach in diesem Metier selbstständig gewesen sei. Schliesslich habe sie im Jahr 2002 in einer Autogarage zu arbeiten begonnen. Nach drei Jahren habe sie im Mai 2005 zum letzten Arbeitgeber (Garage B. \_\_\_\_, [...]) gewechselt. Dort sei sie geblieben, bis der Chef pensioniert worden sei. Zwischen März 2014 und Dezember 2016 sei sie beim RAV als arbeitslos gemeldet gewesen. Sie habe lange keine neue Arbeitsstelle gefunden, bis sie im März 2016 infolge der Trennung von ihrem Freund arbeitsunfähig geworden sei. Zusätzlich belastend seien der Tod ihres Hundes und der Unfall ihrer Tochter (mit Schulterverletzung) Ende Januar 2016 gewesen (IV-Nr. 36 S. 17 f.). Die persönlichen Ressourcen wurden dahingehend beschrieben, depressionsbedingt seien seit geraumer Zeit erhebliche Einschränkungen im Alltag vorhanden, die teils regressive Züge angenommen hätten. Ein sekundärer Krankheitsgewinn könne nicht ausgeschlossen werden (IV-Nr. 36 S. 21).

Dr. med. C. \_\_\_\_ führte zur Persönlichkeit aus, die Beschwerdeführerin vermittele einen altersentsprechenden, insgesamt ausreichend gepflegten, angemessenen auf die äussere Erscheinung bedachten Gesamteindruck. Ein freundlicher, höflicher Gesprächskontakt sei durchgehend herzustellen und aufrechtzuerhalten. Sie verfolge mit angemessener, auch gegen Ende der Exploration keineswegs deutlich nachlassender Aufmerksamkeit das Gespräch. Die höheren kognitiven und exekutiven Leistungen wie problemlösendes Denken und Handeln seien differenziert. Sie spreche mit kräftiger, angemessen modulierter und gut verständlich artikulierter Stimme, die Sprachfrequenz sei unauffällig. Eine nennenswerte Sprachbarriere liege nicht vor und es gelinge der Beschwerdeführerin, anamnestische Sachverhalte in angemessener Ausführlichkeit und bei Nachfrage durchaus detailgetreu zu schildern. Das Intelligenzniveau erscheine unter Berücksichtigung von Schulbildung, beruflichem Werdegang sowie klinischem Gesamteindruck durchschnittlich. Die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert. Die Beschwerdeführerin wirke auf der Persönlichkeitsebene eher etwas selbstunsicher, wobei jedoch die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert nicht erfüllt seien, da sie mit angemessener Flexibilität auf das Gegenüber und die jeweilige Situation reagieren könne und sich darauf einzustellen vermöge. Die Beschwerdeführerin verfüge über gute Ressourcen in den sogenannten komplexen Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Intentionalität, Affektregulation, Interaktionskompetenz, aber durchaus auch Regressionsfähigkeit (IV-Nr. 24 S. 18 ff.). Von den gutachterlichen Angaben abweichende Beschreibungen zur Persönlichkeit, zur persönlichen Entwicklung und zum Lebenslauf der Beschwerdeführerin können den übrigen vorliegenden medizinischen Berichten nicht entnommen werden. Auch die behandelnde Psychiaterin hielt in ihrem Bericht vom 19. März 2018 fest, die Beschwerdeführerin habe erwähnt, es gehe ihr viel besser als vor einem Jahr und sie habe viele Fortschritte gemacht (IV-Nr. 38; vgl. E. II. 3.12 hiavor).

5.3.2 Zum Komplex «Sozialer Kontext» gab med. pract. E. \_\_\_\_ an, aktuell lebe die die Beschwerdeführerin vom Ersparten, zusätzlich helfe ihr die Tochter finanziell aus. Schulden, Kredite oder Beteiligungen bestünden nicht. Die Zahlung der der Hypothekarzinsen habe die Tochter übernommen. Seit 30 Jahren bewohne sie ein eigenes Haus mit 6 Zimmern. Nach der Trennung habe sie (kurz vor der Scheidung) das aktuelle Haus gekauft. Sie sei vom alten (ehelichen) Haus in das neue Haus umgezogen. Sie habe von [...] nicht weggehen wollen. Seit zwei Jahren habe ihre 1994 geborene Tochter im Haus in einem Extrazimmer im Erdgeschoss ein Coiffeurgeschäft eingerichtet. Ende Januar 2016

habe die Tochter einen Autounfall erlitten und sich dabei die rechte Schulter ausgerenkt; inzwischen könne sie jedoch wieder arbeiten. Die Tochter lebe mit ihrem Ehemann im 2. Obergeschoss, sie selbst im 1. Obergeschoss. Der Garten (Grundstück mit einer Fläche von 600 m<sup>2</sup> mit Bäumen, Sträuchern und einem Rasen) werde von der Tochter gepflegt; bis vor 1 ½ Jahren habe sie noch alles selber machen können. Im Haus seien noch zwei Hunde, einer gehöre der Tochter (vgl. IV-Nr. 36 S. 12 f.).

Zum Tagesablauf wurde ferner angegeben, die Beschwerdeführerin stehe zwischen 10:00 und 12:00 Uhr oder noch später auf. Sie trinke selten Kaffee, meist nur Wasser. Sie nehme auch kein Frühstück zu sich. Sie lese keine Zeitung, dies interessiere sie nicht. Morgens halte sie ihre Füße in kaltes Wasser, nehme ihre Tabletten und gehe dann in die Stube, um dort nochmals eine Stunde abzuliegen. Ein- bis zweimal pro Woche nehme sie eine Dusche, die Tochter müsse ihr hierbei und beim Anziehen helfen, wegen der Schmerzen in den Beinen ■ seit das Wasser in den Beinen vor einem Jahr zugenommen habe ■ könne sie sich die Socken nicht mehr selbst anziehen. Sie habe Angst, in der Dusche auszurutschen, was schon zweimal passiert sei. Die Tochter helfe ihr seit 1 ½ Jahren. Mittags komme die Tochter, dann koche man zusammen. Danach döse und liege sie wieder während 2 bis 3 Stunden. Gegen 16:00 Uhr stehe sie wieder auf. Den Rest des Tages sitze sie einfach nur mit geschlossenen Augen da. Dabei studiere sie und denke, dass sie im Haushalt noch etwas machen sollte. Manchmal versuche sie, etwas in der Küche zu machen. Sie besitze einen Führerschein und fahre auch gerne Auto, z.B. ins nächste Dorf zum Einkaufen. Teilweise fahre sie hierbei dreimal um den Parkplatz, sie habe das Gefühl, nicht in den Laden gehen zu können und fahre dann wieder nach Hause. Sie versuche dies etwa alle 2 Monate. Mit dem Hund gehe sie nie spazieren, dies habe die Tochter vollständig übernommen. Manchmal schaue sie fern, es interessiere sie jedoch nichts. Früher habe sie gerne Filme angeschaut, sei gerne und oft fortgegangen und zum Tanzen und an jedem Fest erschienen. Jetzt sei sie am liebsten alleine zu Hause. Manchmal stricke sie etwas, sie könne sich jedoch zu nichts entscheiden und studiere «100 Mal» an der Farbe und Wolle herum. Die Tochter komme vorbei, sie sei wie die «Sonne». Die Stimmung sei abends schlechter und stets betrübt, seit 5 Jahren gleichbleibend. Um 21:00 Uhr lege sie sich zum Schlafen nieder (IV-Nr. 36 S. 13). Im Weiteren legte die psychiatrische Gutachterin dar, psychosozial belastend sei nach der Kündigung die frustrane Stellensuche, aber auch das Verlassenwerden vom Freund gewesen. Aktuell seien es die gesundheitlichen Probleme sowie die Zukunftssorgen (auch finanzieller Art, da die Beschwerdeführerin von ihren Ersparnissen lebe). Im aktuellen Setting (nur einmal monatlich stattfindende Psychotherapie, keine Psychopharmaka) mit der Versorgung durch die Tochter zu Hause seien keine weiteren Ressourcen mobilisierbar (IV-Nr. 36 S. 21).

Dr. med. C. \_\_\_ hielt zum sozialen Kontext fest, soziale Belastungen führten nicht zu für die Arbeitsfähigkeit relevanten Alterationen. Das soziale Umfeld der Beschwerdeführerin zeige nur mässige Stabilität. Es gebe nur einen kleinen Freundes- und Bekanntenkreis, da die Beschwerdeführerin bereits seit ihrer Jugend zu einem zurückgezogenen Verhalten neige. Innerhalb der Familie, insbesondere im Hinblick auf den Kontakt mit der jüngsten Tochter, bestehe aber eine gute Stabilität (IV-Nr. 24 S. 27 f.). Diese Angaben werden von keiner Seite in Frage gestellt.

5.4 Zur Kategorie «Konsistenz» gab med. pract E. \_\_\_ schliesslich an, die Angaben der Beschwerdeführerin seien authentisch gewesen. Das Krankheitsbild habe sich auch im häuslichen Umfeld und im Alltag wiedergespiegelt. Dort sei allerdings durch die

zunehmende Versorgung der Tochter von einem sekundären Krankheitsgewinn auszugehen. Die Beschwerdeführerin sei aktuell in allen Lebensbereichen deutliche eingeschränkt. Dies zeige sich insbesondere bei der Beurteilung des Aktivitäts- und Partizipationsniveaus (Mini-ICF-APP). Man habe schwere Beeinträchtigungen in der Ausübung der folgenden Fähigkeiten und Aktivitäten mit der Notwendigkeit von teilweiser Unterstützung gefunden: Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellfähigkeit, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und Spontanaktivitäten. Vor der Kündigung und der aktuellen depressiven Episode sei die Beschwerdeführerin lebenslustig und aktiv gewesen, sie sei gerne in den Ausgang und zum Tanzen gegangen. Sie habe nicht alle therapeutischen Optionen wahrgenommen. Eine Therapieadhärenz liege nicht vor. Die vorgeschlagenen Therapien und Behandlungen (Psychopharmakotherapie und stationäre Behandlung) seien zumutbar und dringend notwendig (IV-Nr. 36 S. 23 f.).

Dr. med. C. \_\_\_ hielt zur Konsistenz fest, es bestünden keine gravierenden Diskrepanzen oder Inkonsistenzen. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Einschränkungen in der Bewältigung des Alltages wirkten sich in allen Lebensbereichen aus. Inzwischen sei aber unter der Fachbehandlung eine deutliche Stabilisierung eingetreten. Im Bereich Freizeit und soziale Aktivität zeige sich die Beschwerdeführerin inzwischen mit guten Ressourcen. Nach subjektiven anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin sei das Aktivitätenniveau vor Eintritt der Gesundheitsschädigung deutlich höher gewesen. Eine genaue Einschätzung könne mangels Kenntnis der versicherten Person aus früheren Untersuchungen aber nicht abgegeben werden. Zudem mangle es an belastbaren Aktenhinweisen auf das frühere Aktivitätenniveau vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Die Beschwerdeführerin habe die therapeutischen Angebote in Anspruch genommen, wobei sie unter psychopharmakologischer Behandlung Nebenwirkungen geäußert habe, welche sie und ihre behandelnde Ärztin dazu veranlasst hätten, auf eine Medikation zu verzichten, was unter Berücksichtigung der offenbar erkennbaren Remission der Depression auch vertretbar sei. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz bestehe nicht (IV-Nr. 24 S. 30 f.). Auch die oben wiedergegebenen Angaben zur Konsistenz werden von keiner Seite relativiert.

6. Mit Blick auf die mittelschwere Ausprägung der erhobenen Befunde, das reduzierte, aber nicht völlig aufgehobene Aktivitätsniveau und die niedrige Behandlungsintensität ohne nennenswerte Medikation, was auf einen nicht allzu hohen Leidensdruck schliessen lässt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_841/2019 vom 30. März 2020 E. 4.2.3 und 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2), ist die Arbeits(un)fähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen Tätigkeit als kaufmännische Allrounderin (vgl. IV-Nr. 4 S. 1, 5 S. 2 und 9 S. 10) als auch in einer angepassten Verweistätigkeit auf 50 % festzusetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2017 vom 9. Mai 2018 E. 4.3). Die von med. pract. E. \_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % erscheint bei der von ihr festgestellten mittelgradigen depressiven Symptomatik und auch unter Berücksichtigung der übrigen fachärztlichen Angaben als zu hoch angesetzt. Wie (oben unter E. II. 5.1 hiervor) erwähnt, kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie deswegen ihren Beweiswert verliert.

7. Beim Einkommensvergleich sind beide Vergleichseinkommen anhand desselben Tabellenlohns festzusetzen, da die Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus invaliditätsfremden Gründen verlor (vgl. Gesprächsprotokoll Früherfassung/Intake vom

27. Oktober 2016, IV-Nr. 4 S. 1). Nach dem Gesagten ist die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in jeglicher Verweistätigkeit als zu 50 % arbeits(un)fähig einzustufen; ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen ist hier nicht vorzunehmen. Unabhängig davon, wie das Valideneinkommen bemessen wird, resultiert bei einer solchen Konstellation rechnerisch ein Invaliditätsgrad von 50 %. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. April 2017 (die IV-Anmeldung erfolgte am 31. Oktober 2016 [IV-Nr. 7 S. 8]; vgl. Art. 29 Abs. 1 ATSG und Art. 29 Abs. 1 IVG) Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2, und S. 21 Ziff. 5). Bei diesem Verfahrensausgang kann auf die Durchführung der beantragten öffentlichen Verhandlung mit Befragung der behandelnden Psychiaterin als sachverständige Person verzichtet werden.

## **E. 6**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Mit Eingabe vom 16. April 2019 lässt die Beschwerdeführerin einen ärztlichen Bericht vom 9. April 2019 als Urkunde Nr. 4 einreichen (Beschwerdebeilage [BB] 4, A.S. 31f.). 2.3 In ihrer Beschwerdeantwort vom 18. Juni 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine Stellungnahme verzichtet und auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung sowie die IV-Akten verweist (A.S. 37). 2.4 Mit Eingabe vom 5. Juli 2019 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (A.S. 40 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder berufliche Massnahmen hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. März 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) 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.

## **E. 8**

8.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird.

Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote vom 5. Juli 2019 (A.S. 41 f.) weist einen Zeitaufwand von insgesamt 8.25 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von insgesamt CHF 77.00 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 4. April und 29. Mai 2019 angegebenen Positionen («Brief an Klientin», je 0.08 Std) nicht berücksichtigt werden, da hier von der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist. Im Weiteren sind die nach Abschluss des Schriftenwechsels (21. Juni 2019) geltend gemachten E-Mails an die Klientin vom 26. Juni 2019 (0.33 Std.) und das Telefongespräch mit der Klientin vom 2. Juli 2019 (0.03 Std.) nicht zu entschädigen. Demnach ist der geltend gemachte Zeitaufwand um 0.52 Stunden auf 7.73 Stunden zu kürzen. Bei den Auslagen sind die Kopien mit CHF 0.50 (und nicht mit CHF 1.00) zu vergüten (§ 161 Abs. 1 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT). Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes von CHF 250.00 und der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'135.60 (Honorar von CHF 1'932.50, Auslagen von CHF 50.40, MwSt. von CHF 152.70 [7.7 %]).

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Da die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren vollständig unterliegt, hat sie die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

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