

## **SO\_GERICHTE VSBES.2015.236 vom 31. Juli 2015**

SO Obergericht, 2015-07-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.236](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.236)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.236 du 31 juillet 2015

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.236 del 31 luglio 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. Juli 2015 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei rückwirkend seit Anspruchsbeginn eine ganze Rente zuzusprechen.

#### **E. 2**

Eventualiter sei eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.

#### **E. 3**

Es sei ein unabhängiges (evtl. interdisziplinäres) Gutachten (Obergutachten), unter Wahrung der Mitwirkungsrechte und konkreter Fragestellung, einzuholen, welches sich insbesondere zur Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung (ICD10 F33.1) und Panikstörung (ICD10 F41.0) äussert.

#### **E. 4**

Eventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

#### **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

#### **E. 6**

Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Verfahren die integrale unentgeltliche Prozessführung, unter Beiordnung der Unterzeichnenden als Rechtsbeiständig zu gewähren.

3. Mit Beschwerdeantwort vom 27. Oktober 2015 (A.S. 29 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Stellungnahme vom 2. Februar 2016 (A.S. 40 ff.) verweist die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf ihre bisherigen Ausführungen. 5. Mit Verfügung vom 11. Februar 2015 (A.S. 43 ff.) wird das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege bzw. Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes abgewiesen. 6. Mit Eingabe vom 14. April 2016 (A.S. 51) reicht die Beschwerdeführerin dem Versicherungsgericht ergänzende Unterlagen ein. 7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Verneinung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente durch die Verfügung vom 31. Juli 2015, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist. 2.2 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten

oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3. 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin habe der psychiatrische Gutachter die Beschwerdeführerin am 22. Juli 2014 lediglich für etwa zwei Stunden untersucht. In der vorliegend abzuklärenden Diagnose ergebe die einmalige Begutachtung der Patientin für zwei Stunden jedoch keinerlei Aussagekraft. Im Zentrum stehe bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung (mittelgradig bis schwer) mit chronifizierendem Verlauf. Hierbei handle es sich um eine Störung, die durch das wiederholte Auftreten depressiver Episoden charakterisiert sei. Inwiefern der Gutachter eine Patientin, welche seit Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung im Rahmen einer komplexen langanhaltenden psychosozialen Belastungssituation, Panikstörung und chronischem Kopfschmerz leide, nur anhand von wenigen Arztberichten und einer Befragung begutachten könne, sei nicht nachvollziehbar. Gerade bei rezidivierenden Fällen sei eine langfristige Begutachtung unerlässlich. Die Erkenntnisse der Stellungnahmen und Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_ seien aufgrund eingehender und über längere Zeit gemachter Beobachtungen und Untersuchen erstellt worden, weshalb die volle Beweiskraft zugestanden werden müsse. Demgegenüber sei das Gutachten, welches die Vorinstanz zur Beurteilung heranziehe (Dr. med. C.\_\_\_\_), aus den genannten Gründen weder zuverlässig noch einleuchtend. Anlässlich der Untersuchung am 22. Juli 2014 habe die Beschwerdeführerin gerade eine beschwerdefreie Woche gehabt und sei optimistisch gestimmt gewesen. Im vorliegenden Fall sei eine Begutachtung nur dann schlüssig und zuverlässig, wenn die Beobachtungen über eine längere Zeit (mindestens drei Monate, in regelmässigen Abständen) erfolgt wären. Eine Pauschalbegründung, dass behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen zu Gunsten der Versicherten die Beurteilung vornehmen würden,

genüge zudem nicht. In diesem Zusammenhang sei zudem festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin diesbezüglich auf den Entscheid BGE 125 V 353 verweise. Dabei verkenne sie aber, dass es bei dieser Erwägung um Berichte von Hausärzten gehe. Vorliegend handle es sich aber um Expertisen von einer anerkannten Spezialärztin in diesem Fachgebiet. Die Vorinstanz begründe nicht ausreichend, weshalb die Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_ (insbesondere vom 18. Dezember 2014) nicht zur Würdigung herangezogen werden könnten und inwiefern Indizien vorlägen, welche gegen die Zuverlässigkeit sprechen würden. Des Weiteren hätten dem Gutachter lediglich ärztliche Berichte ab dem Jahr 2012 – also nach dem Zusammenbruch – vorgelegen. Unter diesen Umständen könne er nicht per se darauf schliessen, dass vorher keinerlei aktenkundige Vorfälle oder Diagnosen vorgelegen hätten. Solche Feststellungen seien nur dann schlüssig und glaubhaft, wenn der Gutachter die gesamte Krankenakte der Beschwerdeführerin herangezogen und eine Beurteilung gemacht hätte. Dies sei aber nicht der Fall. Zudem werde die Diagnose, welche die Psychiaterin Dr. med. B.\_\_\_\_ gestellt habe, im Gutachten kritisch hinterfragt, aber ohne eine konkrete und nachvollziehbare Begründung auszuführen. Inwiefern die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nach einer Behandlung und Beobachtung während eines Zeitraumes von zwei Jahren durch eine anerkannte Psychiaterin falsch sein solle, sei aus dem Gutachten jedoch nicht ersichtlich. Der Gutachter stelle sich sodann unbegründet auf den Standpunkt, die depressiven Episoden seien damals eher im Zusammenhang mit dem Rückgang des Umsatzes und Gewinns der Firma gestanden und womöglich auch aufgrund der partnerschaftlicher Problematik zu sehen. Dieser Rückschluss sei schlichtweg falsch und beruhe auf keiner Grundlage. Es lägen keinerlei Indizien vor, dass die Problematik auf berufliche Gründe zurückzuführen sei. Auch in diesem Punkt sei das Gutachten widersprüchlich, indem einerseits die finanziellen Sorgen als eher ausschlaggebend beurteilt worden seien, aber andererseits festgehalten werde, dass die Beschwerdeführerin finanziell auf sicherem Boden stehe (aufgrund Mieteinnahmen durch Immobiliengeschäft). Ferner habe die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt falsch festgestellt, indem die Auffassung vertreten werde, die Beschwerdeführerin habe sich gegen Eingliederungsmassnahmen ausgesprochen. Fakt sei, dass sich die Beschwerdeführerin in keiner Weise gegen allfällige Eingliederungsmassnahmen gewehrt habe. Die involvierten Personen der IV und die Beschwerdeführerin hätten nach Rücksprache mit der Psychiaterin beschlossen, dass aufgrund des Krankheitsbildes die Eingliederung in eine Massnahme der IV nicht sinnvoll sei. Insofern könne vorliegend nicht von einer Weigerung die Rede sein. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt. Die Beschwerdegegnerin habe am 16. Oktober 2014 und am 12. Februar 2015 beim regionalen ärztlichen Dienst (RAD) Stellungnahmen eingeholt. Die Versicherten hätten aber das Recht, Einwände oder Äusserungen gegen die Stellungnahmen der RAD einzubringen. Vorliegend seien die Stellungnahmen, insbesondere diejenige vom 12. Februar 2015, der Beschwerdeführerin jedoch nicht zugestellt worden. Aus diesem Grund habe die Beschwerdeführerin keine Gelegenheit erhalten, ihr Anspruch auf rechtliches Gehör wahrzunehmen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin während den stationären Klinikaufhalten in ihrer Arbeitsfähigkeit vorübergehend erheblich eingeschränkt gewesen sei. Ansonsten lasse sich aufgrund der fachpsychiatrischen Beurteilung von Herrn Dr. med. C.\_\_\_\_ in der angestammten Tätigkeit keine versicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit begründen. Eine Invalidität im Sinne

des Gesetzes sei folglich zu verneinen. Der Regionalärztliche Dienst der IV-Stellen BE-FR-SO (nachfolgend RAD) habe sich in seinen Stellungnahmen vom 16. Oktober 2014 und 12. Februar 2015 aus versicherungsmedizinischer Sicht ausführlich mit dem erwähnten psychiatrischen Fachgutachten und den übrigen medizinischen Berichten auseinandergesetzt. Es werde darauf verwiesen. Die im Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ aufgeführten Diagnosen seien bereits vor der psychiatrischen Begutachtung bekannt gewesen, ebenso der medizinische Sachverhalt. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Zur Annahme einer Invalidität brauche es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt werde und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtige (Urteil des Bundesgerichts 9C 710/2011 vom 20. März 2012, E. 4.2). Da es daran fehle, bestehe weder ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen noch ein solcher auf eine Invalidenrente. Nach ständiger Rechtsprechung führe der Umstand, dass die mit der versicherten Person therapeutisch befassten Ärzte und Ärztinnen die restliche Arbeitsfähigkeit tiefer festlegen würden als die MEDAS, nur dann zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie objektive Anhaltspunkte vortragen würden, die dem Administrativgutachten entgangen seien (Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 4.2). Entsprechende Anhaltspunkte seien den Berichten von Dr. med. B.\_\_\_\_ nicht zu entnehmen. Dr. med. C.\_\_\_\_ habe im Gegenteil die Diagnosestellung einer rezidivierenden Erkrankung von Dr. med. B.\_\_\_\_ kritisch hinterfragt. Konkret liege kein wirklicher Nachweis für eine derartige depressive Erkrankung vor, wie Dr. med. C.\_\_\_\_ im Gutachten auf den Seiten 15 ff. ausführlich schildere. Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich die Nichtzustellung der RAD-Stellungnahme vom 12. Februar 2015 bemängle, sei anzufügen, dass der RAD-Arzt in diesem Bericht lediglich einen aktuell von Dr. med. B.\_\_\_\_ eingereichten medizinischen Bericht würdige, welcher allerdings keine wesentlichen neuen medizinischen Gesichtspunkte enthalte. Dessen Nichtzustellung an die Beschwerdeführerin stelle infolgedessen keine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar. Selbst wenn man, entgegen dem Vorstehenden, von einer Gehörsverletzung ausginge, wäre diese mit Blick auf den Inhalt des RAD-Berichts als leicht zu qualifizieren. Da das angerufene Gericht sowohl die Rechtslage als auch den Sachverhalt frei überprüfen könne, wäre unter den gegebenen Umständen eine Heilung des Verfahrensmangels zulässig und geboten (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_793/2008 vom 13. März 2009 E. 3). 5. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt hat. Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, dass die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. Oktober 2014 und 12. Februar 2015 ohne ihre Mitwirkung erstellt und ihrer Anwältin bis heute nicht zur Stellungnahme unterbreitet worden seien. Damit habe die Beschwerdegegnerin den verfassungsmässigen Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör verletzt.

5.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Ferner stehen der Partei Teilnahmerechte offen. Sie hat etwa den Anspruch

darauf, bei einem Augenschein teilnehmen zu können (vgl. BGE 121 V 152 f.), bei Besprechungen – etwa mit einem Arbeitgeber (vgl. SVR 1998 UV Nr. 18, E.1.d) – anwesend sein zu können oder an Zeugenbefragungen teilnehmen zu können (vgl. BGE 92 I 260 f.). Aus den verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen lässt sich allerdings nur ableiten, jedenfalls nachträglich zu den erhobenen Beweisen Stellung beziehen zu können (vgl. BGE 125 V 405 E. 3e).

5.2 Der Beschwerdeführerin wurden die Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2014 und 12. Februar 2015 im Verwaltungsverfahren nicht zur Stellungnahme zugestellt. Es ist aber bereits fraglich, ob es sich hierbei um zusätzliche Beweiserhebungen im oben genannten Sinne handelt. So nahm Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinen Berichten lediglich zum Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 18. August 2014 sowie zum Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2014 Stellung, welche der Beschwerdeführerin bereits bekannt waren. Zudem kam Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinen Berichten nicht zu neuen, entscheiderelevanten Schlüssen, sondern bestätigte im Wesentlichen die Schlussfolgerungen aus dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_. Selbst wenn vorliegend von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen würde, wäre diese höchstens als leicht anzusehen. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels zudem selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, könnte eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen, zumal sich die Beschwerdeführerin in ihren Rechtsschriften zu den genannten Berichten von Dr. med. D.\_\_\_\_ hat äussern können. Im Übrigen wäre eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile 8C\_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C\_758/2009, E. 2.3 und 2.4), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist.

6. Strittig und zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahme sowie auf eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

6.1 Dr. med. B.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 30. Oktober 2012 (IV-Nr. 9, S. 24) folgende Diagnosen: · Mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) · Chronischer Kopfschmerz bei bekannter Migräne (ICD-10 F42.9) sowie mittlerweile Arzneimittelinduziertem Kopfschmerz (ICD-10 G44.4) · im Rahmen einer komplexen, langanhaltenden psychosozialen Belastungssituation (ICD-10 Z56, Z59, Z61, Z63, Z73) Die Beschwerdeführerin habe sich vom 30. April 2012 bis 17. Juni 2012 in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der E.\_\_\_\_ in [...], befunden. Seit Entlassung befinde sich die Beschwerdeführerin bei ihr in ambulanter integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Im Zuge einer seit Jahren bestehenden komplexen psychosozialen Belastungssituation sei es im Dezember 2011 zu einem psychophysischen Zusammenbruch der Patientin gekommen, im Zuge dessen habe sie ihre Frauenärztin aufgesucht, welche die Diagnose einer Depression gestellt habe. Sie habe Symptome von starker Müdigkeit, deutlich herabgesetzter körperlicher Leistungsfähigkeit,

innerer Unruhe und Agitiertheit, deutlichen kognitiven Einschränkungen sowie multiple somatische Beschwerden wie gastrointestinale Beschwerden sowie Zunahme der Migräneattacken gezeigt. Vom 30. April 2012 bis zum 30. Juni 2012 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Patientin unabhängig von der Art der Tätigkeit bestanden. Seit dem 1. Juli 2012 bis sicher Ende November 2012 bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Unter Stabilisierung des bisherigen Heilerfolges unter dem erfolgten beruflichen Wiedereinstieg in selbständiger Tätigkeit mit einem Pensum von 20 % sei im Weiteren eine stufenweise Steigerung vorgesehen. Derzeit sei prognostisch davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die vorbestehende 100%ige Arbeitsfähigkeit wieder erlangen werde, wobei der zeitliche Horizont des beruflichen Wiedereinstieges im Rückblick auf den bislang schwierigen klinischen Verlauf derzeit noch nicht zu beurteilen sei.

6.2 Im Austrittsbericht vom 12. Februar 2013 (IV-Nr. 9, S. 17) stellt Dr. med. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen: • Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode (ICD-10 F33.1) • Im Rahmen einer komplexen, langanhaltenden psychosozialen Belastungssituation (ICD-10 Z63.0, Z56.6, Z59.9, Z73.0) • Panikstörung (ICD-10 F41.0) • Chronischer Kopfschmerz bei bekannter Migräne (ICD-10 G 42.9) Die Beschwerdeführerin habe sich vom 17. Dezember 2012 bis 21. Januar 2013 in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der E.\_\_\_\_ befunden. Sie habe am 21. Januar 2013 in deutlich gebessertem psychophysischem Zustandsbild nach Hause entlassen werden können. Im Zuge der durchgeführten multimodalen stationären Intensivbehandlung habe sowohl die depressive Symptomatik deutlich reduziert als auch der Kreislauf zwischen chronischem Spannungskopfschmerz und Migräne unterbrochen werden können. Hinsichtlich des depressiven Zustandsbildes habe die Patientin in teilremittiertem Zustand entlassen werden können. Zum Einzelpsychotherapeutischen Prozess erfolge eine Paartherapie, welche im Hinblick auf den chronischen Paarkonflikt dringend indiziert sei und zu der mittlerweile beide Partnerinnen motiviert seien. Ferner habe die Beschwerdeführerin für eine begleitende psychopharmakologische, antidepressive Behandlung gewonnen werden können, welche im ambulanten Rahmen weiter optimiert werden müsse. Nach Entlassung sei zunächst eine Belastungserprobung im häuslichen Umfeld über 2 Wochen mit weiterbestehender 100%iger Arbeitsunfähigkeit empfohlen worden. Im Anschluss sei das Wiederaufnehmen des stufenweisen beruflichen Wiedereinstieges in die selbständige Tätigkeit im Vertrieb von Hundenahrung und Tierpflegeprodukten anvisiert, beginnend mit einer 20 % Arbeitsfähigkeit ab dem 4. Februar 2013. In Abhängigkeit vom weiteren klinischen Verlauf sei eine stufenweise Erhöhung des selbständigen Arbeitspensums geplant.

6.3 In ihrem Bericht vom 13. Februar 2014 (IV-Nr. 18) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, fest, sie habe die Beschwerdeführerin in den Jahren 2011/2012 bezüglich der Burnout-Diagnose gesehen und die erste Arbeitsunfähigkeit vom 1. Dezember 2011 bis 30. Januar 2012 attestiert. Damals hätten bei der Beschwerdeführerin schwere Konzentrationsstörungen bestanden.

6.4 Im Bericht vom 10. Februar 2014 (IV-Nr. 19, S. 5) führte Dr. med. B.\_\_\_\_ aus, die Patientin sei phasenweise nicht zur Alltagsbewältigung in der Lage und bedürfe der Unterstützung durch ihr privates Umfeld. Das Zustandsbild sei sehr schwankend mit Phasen uneingeschränkter Fähigkeit und Phasen mit kompletter Unfähigkeit zur Alltagsbewältigung, in denen die Patientin sich ins Bett zurückziehe und zu keinerlei Tätigkeit in der Lage sei. Nach dem Zusammenbruch im Dezember 2011 sei es zur ersten depressiven Episode bei bislang blander psychiatrischer Vorgeschichte und somit erstmaliger psychiatrischer Behandlung gekommen. Seitdem befinde sich die Patientin in

kontinuierlicher integrierter psychiatrisch psychotherapeutischer Behandlung bei der Referentin. Nach zunächst positivem Verlauf nach der ersten Hospitalisation sei es zu einer schweren Herpes Zoster Infektion mit in Folge anhaltender Infektanfälligkeit sowie herabgesetzter Leistungsfähigkeit und weiterer depressiver Episode gekommen, welche die erneute stationäre Behandlung notwendig gemacht habe. Aktuell bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit unabhängig von der Art der Tätigkeit auf Grund der bestehenden depressiven Restsymptomatik sowie des geschilderten schwankenden Zustandsbildes. Auf Grund der starken Zustandsschwankungen sei der Patientin aktuell keine kontinuierliche Tätigkeit zumutbar, unabhängig von der Art der Tätigkeit. Sie habe sich mit einer selbständigen Tätigkeit derzeit das optimale berufliche Umfeld geschaffen, um die in guten Phasen bestehende reduzierte Arbeitsfähigkeit von max. 20 % umsetzen zu können. Im Rahmen ihrer selbständigen Tätigkeit sei sie jedoch vollkommen frei, sich die Arbeit gemäss ihrer Befindlichkeit einzuteilen. Dabei würden Tage mit stundenweiser Arbeitstätigkeit mit Tagen gänzlicher Arbeitsunfähigkeit wechseln.

6.5 In seinem psychiatrischen Gutachten vom 18. August 2014 (IV-Nr. 27) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, aktuell werde keine eigenständige primär psychische Störung, die die Versicherte in ihrer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit einschränke, diagnostiziert. Im Hinblick auf die zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit als kaufmännische Angestellte, was der Ausbildung der Versicherten zum Beispiel auch im Hinblick auf die deutsche, die englische, die französische Sprache und ihre Tätigkeiten als Aussendienstmitarbeiterin, Geschäftsführerin entsprechen würde, sei die Beschwerdeführerin – abgesehen von den Tagen, an denen womöglich tatsächlich Migräneattacken auftreten würden – über insgesamt 8,5 Stunden pro Arbeitstag an fünf Tagen in der Woche als arbeitsfähig einzuschätzen. Aus dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Ablauf in den vergangenen Wochen lasse sich nun eindeutig ableiten, dass sie nicht an einer durchgehenden depressiven Symptomatik leide, die womöglich Ausdruck einer (schwer behandelbaren und therapieresistenten) mittelgradigen depressiven Episode wäre. Sie habe eindeutig ein normalisiertes Leben neben den Tagen vermehrter Kopfschmerzen und dadurch bedingter Einschränkungen. Es lasse sich aufgrund der aktuellen Erhebung der Angaben keinesfalls nachvollziehen, wieso die Versicherte, wie von der behandelnden Psychiaterin festgehalten, lediglich zu 20 % arbeitsfähig sein sollte. Zumindest seien die angegebenen Diagnosen, die aus versicherungspsychiatrischer Sicht stark hinterfragt werden müssten und nicht nachvollzogen werden könnten oder als remittiert oder weitgehend remittiert zu betrachten seien, nicht geeignet.

6.6 In seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2014 (IV-Nr. 33) hielt der RAD-Arzt, Dr. med. D.\_\_\_\_ fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ nehme die Aktenlage umfassend auf, gehe in genügendem Mass auf die Lebensgeschichte der Versicherten und die geschilderten Beschwerden ein. Der erhobene Psychostatus sei detailliert und aussagekräftig. Die versicherungspsychiatrische Beurteilung von Diagnostik und Arbeitsfähigkeit sei nachvollziehbar und schlüssig. Es sei davon auszugehen, dass von Dezember 2011 bis Ende der ersten Hospitalisation am 17. Juni 2012 und nochmals vom 10. Juli 2012 bis 16. November 2012 (zweite Hospitalisation) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % gelten müsse. Eine andere Aussage sei angesichts der Aktenlage retrospektiv nicht möglich. Ansonsten könne auf die Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ abgestellt werden, wonach keine versicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit bestehe.

6.7 In ihrem Bericht vom 18. Dezember 2014 (IV-Nr. 39) führte Dr. med. B.\_\_\_\_ aus, es zeige sich ein langwieriger Krankheitsverlauf mit nur langsamer Verbesserung der psychophysischen Belastbarkeit und Wiedererlangung der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung sowie

niederprozentigen Arbeitsfähigkeit. Bis zuletzt sei der klinische Verlauf durch massive Stimmungs- und Zustandsschwankungen geprägt gewesen, sowohl hinsichtlich der Migräneproblematik als auch der depressiven Symptomatik. Im Rahmen von einem zunächst ca. 20%igen bis aktuell 40%igen Pensum habe die Patientin ihre selbständige Tätigkeit im Vertrieb von Tiernahrung bis heute aufbauen können. Unter der Medikation sei es zu einer sowohl positiven Wirkung auf die depressive Symptomatik als auch die Migränehäufigkeit, gleichzeitig jedoch zu störenden Nebenwirkungen in Form einer deutlichen Gewichtszunahme gekommen. Die verbleibende Teilarbeitsfähigkeit sei abhängig von dieser spezifischen selbständigen Tätigkeit mit der Möglichkeit, die Arbeitszeit vollkommen frei je nach aktueller Befindlichkeit gestalten zu können. In einem anderen Setting mit fixen Arbeitszeiten wäre die Arbeitsfähigkeit noch geringer einzuschätzen. Im Hinblick auf den bisherigen Verlauf sei bis auf weiteres nicht mit einer Wiedererlangung der vorbestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit und einer substanziellen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit in der nächsten Zeit zu rechnen. 6.8 In seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2015 (IV-Nr. 41) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ vom RAD fest, die im Arztbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2015 geschilderte Symptomatik wie auch die Diagnosen seien schon in früheren Berichten der behandelnden Psychiaterin beschrieben worden, so im Bericht vom 12. Februar 2013 an Dr. med. F.\_\_\_\_, und im IV-Arztbericht vom 19. Februar 2014. In letzterem werde der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestiert. In dieser Ausgangssituation habe die psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ stattgefunden. Dessen Gutachten habe Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2014 gewürdigt und habe empfohlen, auf die Aussagen im Gutachten abzustellen. Im aktuellen Arztbericht vom 18. Dezember 2014 führe die behandelnde Psychiaterin aus, die Versicherte sei zu 40 % arbeitsfähig. Somit könne auch von daher von einer nochmaligen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Die angeführten Diagnosen seien bereits vor der Begutachtung bekannt gewesen, ebenso der medizinische Sachverhalt.

## **E. 7**

7.1 Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 18. August 2014 (IV-Nr. 27) stützt, ist vorerst dessen Beweiswert zu prüfen. Grundsätzlich ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen des Experten begründet. Dr. med. C.\_\_\_\_ legt in seinem Gutachten überzeugend dar, dass aufgrund der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Aktivitäten und Tagesabläufe keine eigenständige primär psychische Störung, die die Versicherte in ihrer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit einschränke, diagnostiziert werden könne. Aus dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Ablauf in den vergangenen Wochen lasse sich nun eindeutig ableiten, dass sie nicht an einer durchgehenden depressiven Symptomatik leide, die womöglich Ausdruck einer (schwer behandelbaren und therapieresistenten) mittelgradigen depressiven Episode wäre, sondern sie habe eindeutig ein normalisiertes Leben neben den Tagen vermehrter Kopfschmerzen und dadurch bedingter Einschränkungen. Zu diesem normalisierten Leben gehörten dann auch die Freizeitaktivitäten, die die Versicherte zum Ausgleich zur beschriebenen beruflichen Tätigkeit angegeben habe: Morgens mache sie nach dem Füttern

der Tiere, sie habe neben der Hündin noch Mini Pigs und Islandpferde, die auf dem Grund der Partnerin leben würden, nach dem Frühstück Qi-Gong und Übungen zur Entspannung. Ebenso würde sie nach einer Mittagsruhe gerne walken mit den zwei Hunden bzw. alternativ reiten. Sie reite mindestens zweimal in der Woche, ansonsten gehe sie gerne mit den Hunden laufen. Der Kontakt zu den Tieren sei ihr sogar sehr wichtig sein, stelle für sie eigentlich die engeren und wichtigeren sozialen Kontakte dar als zu Menschen. Sie würde aber auch am Nachmittag etwas Musik hören, wenn sie nach dem Spaziergang ausruhe oder sie würde etwas lesen. Zurzeit habe sie sich mit dem Thema Persönlichkeitsentwicklung beschäftigt. Abends sitze sie eventuell aktuell nach dem Telefonieren beruflicherseits noch etwas im Garten. Ab 22.00 Uhr könne sie gut schlafen, aktuell habe sie auch keine Schlafprobleme, dies sei allerdings manchmal auch schon anders gewesen. Sodann vermag die Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_ auch angesichts seiner umfassenden und schlüssigen Befunderhebung zu überzeugen. Demnach seien aus den Angaben in der Exploration und dem in der Untersuchung gezeigten Verhalten keine akzentuierten Persönlichkeitseigenschaften und keine spezifische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 abzuleiten. Die Versicherte sei in allen Qualitäten vollständig orientiert. Sie sei in der insgesamt zwischen 11.00 Uhr und 13.05 Uhr dauernden Untersuchung durchgehend aufmerksam und gut konzentriert gewesen. Es hätten auch keine Einbussen höherer kognitiver Leistungen wie Gedächtnis oder problemlösendes Denken bestanden. Das formale und inhaltliche Denken habe keine Pathologika aufgewiesen. Es seien keine Gedankenabrisse, Gedankensprünge, Inkohärenzen oder Assoziationslockerungen, Verlangsamung oder Beschleunigung des Denkens, Danebenreden, Grübelneigung in der Untersuchungssituation, Zwangsgedanken, pathologische Ängste, überwertige Ideen oder Wahn zu erheben. Auch hätten keine Wahrnehmungsstörungen als illusionäre Verkennungen oder Halluzinationen und keine Ich-Störungen im Sinne von Gedankeneingabe, Gedankenentzug oder Fremdbeeinflussungserleben bestanden. Bei der Darstellung ihrer Lebenssituation unter besonderer Berücksichtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens der vergangenen Wochen hätten sich keine Symptome für ein durchgehendes affektives Syndrom ergeben. Die Versicherte berichte über Freudfähigkeit, mit dem Hund zu laufen, aktuell die kleinen Welpen zu füttern, die Zuchthündin zu versorgen, zu reiten, telefonischen oder persönlichen Kontakt zu Kunden zu haben, um das Tierfutter vertreiben zu können. Sie habe Freude an der Aufgabe im Vorstand des Berger Picard Vereins, scheine ein gutes Selbstwertgefühl zu haben, z.B. nicht nur die Fähigkeiten als Übersetzerin tätig zu sein, sondern auch Vorträge über die Berger Picard Hunderasse halten zu können, kurze Beiträge schreiben zu können und vor allem auch mit Menschen reden und verkaufen zu können. Hier sei die Versicherte nicht selbstwertgemindert, sondern habe gute Kompetenzen angegeben und sei selbstbewusst erschienen, immer unter der Voraussetzung, keine Migräne zu erleiden. Der affektive Rapport in der Untersuchungssituation sei sehr gut herstellbar gewesen. Die Stimmung der Versicherten sei auslenkbar und schwingungsfähig gewesen. Sie habe keinen Lebensüberdruß angegeben. Es habe keine Suizidalität bestanden. Der Antrieb in der Untersuchungssituation, die Mimik, Gestik und Psychomotorik seien normal ergeben. Es hätten sich keine Hinweise auf Impulshandlungen ergeben. Die Willenskräfte seien zielgerichtet gewesen. Die Versicherte sei fähig, ihre Angelegenheiten selbständig zu regeln. Es hätten keine Entscheidungsschwierigkeiten im Sinne von Ambivalenz oder Ambitendenz bestanden. Gestützt darauf leuchtet auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch Dr. med. C. \_\_\_ ein: Im Hinblick auf die zumutbare

medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit als kaufmännische Angestellte, was der Ausbildung der Versicherten zum Beispiel auch im Hinblick auf die deutsche, die englische, die französische Sprache und ihre Tätigkeiten als Aussendienstmitarbeiterin, Geschäftsführerin entsprechen würde, sei die Beschwerdeführerin – abgesehen von den Tagen, an denen womöglich tatsächlich Migräneattacken auftreten würden – über insgesamt 8,5 Stunden pro Arbeitstag an fünf Tagen in der Woche als arbeitsfähig einzuschätzen. Schliesslich setzt sich Dr. med. C. \_\_\_ eingehend mit den entgegenstehenden Berichten der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. B. \_\_\_, auseinander. Deren im Bericht vom 18. Dezember 2014 wiederholt gestellte Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig mit chronifizierendem Verlauf (ICD-10 F33.1) sowie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) erscheinen angesichts der schlüssigen Befund- und Anamneseerhebung von Dr. med. C. \_\_\_ und seinen daraus gezogenen Schlussfolgerungen kaum mehr haltbar. Es ist zwar gerade bei psychischen Beschwerden immer schwierig, sich rückblickend zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit zu äussern, zumal alle in psychiatrischer Hinsicht wesentlichen Berichte fast ausschliesslich von der behandelnden Psychiaterin stammen. Aber gerade der Umstand, dass die Diagnosestellung von Dr. med. B. \_\_\_ vom 18. Dezember 2014 wie dargelegt nicht schlüssig erscheint, lässt es nicht zu, ohne weiteres auf deren Berichte der Jahre 2012 – 2014 abzustellen. Dr. med. C. \_\_\_ äussert in seinem Gutachten denn auch diverse nachvollziehbare Zweifel an den Beurteilungen von Dr. med. B. \_\_\_. In diesem Zusammenhang ist zudem darauf hinzuweisen, dass der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden kann und soll, dass Hausärzte, aber auch behandelnde Fachärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353; Urteil I 655/05 vom 20. März 2006, 8C\_180/2008 vom 13. Mai 2008 E. 3.2). Wie aus der genannten bundesgerichtlichen Rechtsprechung hervorgeht, gilt diese Erfahrungstatsache – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – nicht nur für Hausärzte, sondern auch für behandelnde Fachärzte. Auch aus diesem Grund sind die Berichte von Dr. med. B. \_\_\_ nur bedingt als beweismässig anzusehen. Dr. med. C. \_\_\_ hielt diesbezüglich nachvollziehbar begründet fest, dass Dr. med. B. \_\_\_ in Zuständen allgemeiner subjektiver Beschwerdeschilderung, zusätzlich Burnout und Erschöpfung, das Vorliegen einer Depression sehe. Insofern dürfe aus versicherungspsychiatrischer Sicht kritisch hinterfragt werden, ob die Versicherte tatsächlich eine rezidivierende Erkrankung erleide mit einzelnen depressiven Episoden, die die Diagnosestellung ICD-10 F33.1 nach sich ziehen würde. Somit erscheint es aufgrund des vorliegenden medizinischen Sachverhaltes, wie von Dr. med. D. \_\_\_ in seiner Stellungnahme einleuchtend dargelegt, überwiegend wahrscheinlich, dass bei der Beschwerdeführerin von Dezember 2011 bis Ende der ersten Hospitalisation am 17. Juni 2012 und nochmals vom 10. Juli 2012 bis 16. November 2012 (zweite Hospitalisation) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen hat, eine andere, weitergehende Aussage angesichts der Aktenlage retrospektiv aber nicht möglich ist. Damit ist das Vorliegen einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit auch retrospektiv nicht mit dem Beweiswert der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. 7.2 Am Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. C. \_\_\_ vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Insofern die Beschwerdeführerin die zweistündige Dauer der Untersuchung als zu kurz rügt, ist darauf hinzuweisen, dass der Zeitaufwand für eine psychiatrische Untersuchung in weiten Grenzen schwankt, je nach Fragestellung und zu beurteilender Psychopathologie. Daher lässt sich ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung nicht verbindlich angeben (Urteil I 58/06 des EVG vom 13. Juni 2006, E. 2.3

mit weiteren Hinweisen). So zeigt selbst eine lediglich 20 Minuten dauernde psychiatrische Exploration nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters an, da es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen kann; massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des EVG I 719/05 vom 17. November 2006, E. 3), was nach der obigen Beweiswürdigung hinsichtlich des Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_ bejaht werden kann. Im Übrigen enthält das psychiatrische Gutachten eine ausführliche Wiedergabe der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu den aktuellen Beschwerden und zur persönlichen Anamnese. Wie sodann die Beschwerdegegnerin zu Recht festgehalten hat, überzeugt die von der Beschwerdeführerin vertretene Meinung, dass die Berichte der behandelnden Psychiaterin gegenüber der auf einer einmaligen Untersuchung fussenden Abklärung von Dr. med. C.\_\_\_\_ erhöhtes Gewicht zukomme, nicht, denn der psychiatrische Experte hatte Kenntnis von den vollständigen Akten, so dass er den psychischen Gesundheitszustand zumindest indirekt über einen längeren Zeitraum beobachten konnte und zudem aufgrund seiner Gutachterstellung für diese Problematik sensibilisiert ist (Urteil des Bundesgerichts I 19/05 vom 29. Juni 2005 E. 2.3.3).

7.3 Da der Sachverhalt vorliegend nur bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2015 zu beurteilen ist, können die erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen (Kostengutsprache für Klinikaufenthalt vom 25. Februar 2016, E-Mail vom 11. April 2016), worin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin geltend macht, nicht mehr in die Beurteilung mit einbezogen werden. Diese Unterlagen wären allenfalls im Rahmen einer Neuanschuldung zu behandeln und entsprechend zu prüfen.

7.4 Demnach ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung mit Verfügung vom 31. Juli 2015 verneint hat. Somit ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

8. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG 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 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

#### **E. 40**

% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind

ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin habe der psychiatrische Gutachter die Beschwerdeführerin am 22. Juli 2014 lediglich für etwa zwei Stunden untersucht. In der vorliegend abzuklärenden Diagnose ergebe die einmalige Begutachtung der Patientin für zwei Stunden jedoch keinerlei Aussagekraft. Im Zentrum stehe bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung (mittelgradig bis schwer) mit chronifizierendem Verlauf. Hierbei handle es sich um eine Störung, die durch das wiederholte Auftreten depressiver Episoden charakterisiert sei. Inwiefern der Gutachter eine Patientin, welche seit Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung im Rahmen einer komplexen langanhaltenden psychosozialen Belastungssituation, Panikstörung und chronischem Kopfschmerz leide, nur anhand von wenigen Arztberichten und einer Befragung begutachten könne, sei nicht nachvollziehbar. Gerade bei rezidivierenden Fällen sei eine langfristige Begutachtung unerlässlich. Die Erkenntnisse der Stellungnahmen und Berichte von Dr. med. B. \_\_\_ seien aufgrund eingehender und über längere Zeit gemachter Beobachtungen und Untersuchungen erstellt worden, weshalb die volle Beweiskraft zugestanden werden müsse. Demgegenüber sei das Gutachten, welches die Vorinstanz zur Beurteilung heranziehe (Dr. med. C. \_\_\_), aus den genannten Gründen weder zuverlässig noch einleuchtend. Anlässlich der Untersuchung am 22. Juli 2014 habe die Beschwerdeführerin gerade eine beschwerdefreie Woche gehabt und sei optimistisch gestimmt gewesen. Im vorliegenden Fall sei eine Begutachtung nur dann schlüssig und zuverlässig, wenn die Beobachtungen über eine längere Zeit (mindestens drei Monate, in regelmässigen Abständen) erfolgt wären. Eine Pauschalbegründung, dass behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen zu Gunsten der Versicherten die Beurteilung vornehmen würden, genüge zudem nicht. In diesem Zusammenhang sei zudem festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin diesbezüglich auf den Entscheid BGE 125 V 353 verweise. Dabei erkenne sie aber, dass es bei dieser Erwägung um Berichte von Hausärzten gehe. Vorliegend handle es sich aber um Expertisen von einer anerkannten Spezialärztin in diesem Fachgebiet. Die Vorinstanz begründe nicht ausreichend, weshalb die Berichte von Dr. med. B. \_\_\_ (insbesondere vom 18. Dezember 2014) nicht zur Würdigung herangezogen werden könnten und inwiefern Indizien vorlägen, welche gegen die Zuverlässigkeit sprechen würden. Des Weiteren hätten dem Gutachter lediglich ärztliche Berichte ab dem Jahr 2012 ■ also nach dem Zusammenbruch ■ vorgelegen. Unter diesen Umständen könne

er nicht per se darauf schliessen, dass vorher keinerlei aktenkundige Vorfälle oder Diagnosen vorgelegen hätten. Solche Feststellungen seien nur dann schlüssig und glaubhaft, wenn der Gutachter die gesamte Krankenakte der Beschwerdeführerin herangezogen und eine Beurteilung gemacht hätte. Dies sei aber nicht der Fall. Zudem werde die Diagnose, welche die Psychiaterin Dr. med. B.\_\_\_\_ gestellt habe, im Gutachten kritisch hinterfragt, aber ohne eine konkrete und nachvollziehbare Begründung auszuführen. Inwiefern die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nach einer Behandlung und Beobachtung während eines Zeitraumes von zwei Jahren durch eine anerkannte Psychiaterin falsch sein solle, sei aus dem Gutachten jedoch nicht ersichtlich. Der Gutachter stelle sich sodann unbegründet auf den Standpunkt, die depressiven Episoden seien damals eher im Zusammenhang mit dem Rückgang des Umsatzes und Gewinns der Firma gestanden und womöglich auch aufgrund der partnerschaftlicher Problematik zu sehen. Dieser Rückschluss sei schlichtweg falsch und beruhe auf keiner Grundlage. Es lägen keinerlei Indizien vor, dass die Problematik auf berufliche Gründe zurückzuführen sei. Auch in diesem Punkt sei das Gutachten widersprüchlich, indem einerseits die finanziellen Sorgen als eher ausschlaggebend beurteilt worden seien, aber andererseits festgehalten werde, dass die Beschwerdeführerin finanziell auf sicherem Boden stehe (aufgrund Mieteinnahmen durch Immobiliengeschäft). Ferner habe die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt falsch festgestellt, indem die Auffassung vertreten werde, die Beschwerdeführerin habe sich gegen Eingliederungsmassnahmen ausgesprochen. Fakt sei, dass sich die Beschwerdeführerin in keiner Weise gegen allfällige Eingliederungsmassnahmen gewehrt habe. Die involvierten Personen der IV und die Beschwerdeführerin hätten nach Rücksprache mit der Psychiaterin beschlossen, dass aufgrund des Krankheitsbildes die Eingliederung in eine Massnahme der IV nicht sinnvoll sei. Insofern könne vorliegend nicht von einer Weigerung die Rede sein. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt. Die Beschwerdegegnerin habe am 16. Oktober 2014 und am 12. Februar 2015 beim regionalen ärztlichen Dienst (RAD) Stellungnahmen eingeholt. Die Versicherten hätten aber das Recht, Einwände oder Äusserungen gegen die Stellungnahmen der RAD einzubringen. Vorliegend seien die Stellungnahmen, insbesondere diejenige vom 12. Februar 2015, der Beschwerdeführerin jedoch nicht zugestellt worden. Aus diesem Grund habe die Beschwerdeführerin keine Gelegenheit erhalten, ihr Anspruch auf rechtliches Gehör wahrzunehmen.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin während den stationären Klinikaufenthalten in ihrer Arbeitsfähigkeit vorübergehend erheblich eingeschränkt gewesen sei. Ansonsten lasse sich aufgrund der fachpsychiatrischen Beurteilung von Herrn Dr. med. C.\_\_\_\_ in der angestammten Tätigkeit keine versicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit begründen. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes sei folglich zu verneinen. Der Regionalärztliche Dienst der IV-Stellen BE-FR-SO (nachfolgend RAD) habe sich in seinen Stellungnahmen vom 16. Oktober 2014 und 12. Februar 2015 aus versicherungsmedizinischer Sicht ausführlich mit dem erwähnten psychiatrischen Fachgutachten und den übrigen medizinischen Berichten auseinandergesetzt. Es werde darauf verwiesen. Die im Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ aufgeführten Diagnosen seien bereits vor der psychiatrischen Begutachtung bekannt gewesen, ebenso der medizinische Sachverhalt. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Zur Annahme einer Invalidität brauche es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits

schlüssig festgestellt werde und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts 9C 710/2011 vom 20. März 2012, E. 4.2). Da es daran fehle, bestehe weder ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen noch ein solcher auf eine Invalidenrente. Nach ständiger Rechtsprechung führe der Umstand, dass die mit der versicherten Person therapeutisch befassten Ärzte und Ärztinnen die restliche Arbeitsfähigkeit tiefer festlegen würden als die MEDAS, nur dann zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie objektive Anhaltspunkte vortragen würden, die dem Administrativgutachten entgangen seien (Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 4.2). Entsprechende Anhaltspunkte seien den Berichten von Dr. med. B. \_\_\_ nicht zu entnehmen. Dr. med. C. \_\_\_ habe im Gegenteil die Diagnosestellung einer rezidivierenden Erkrankung von Dr. med. B. \_\_\_ kritisch hinterfragt. Konkret liege kein wirklicher Nachweis für eine derartige depressive Erkrankung vor, wie Dr. med. C. \_\_\_ im Gutachten auf den Seiten 15 ff. ausführlich schildere. Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich die Nichtzustellung der RAD-Stellungnahme vom 12. Februar 2015 bemängle, sei anzufügen, dass der RAD-Arzt in diesem Bericht lediglich einen aktuell von Dr. med. B. \_\_\_ eingereichten medizinischen Bericht würdige, welcher allerdings keine wesentlichen neuen medizinischen Gesichtspunkte enthalte. Dessen Nichtzustellung an die Beschwerdeführerin stelle infolgedessen keine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar. Selbst wenn man, entgegen dem Vorstehenden, von einer Gehörsverletzung ausginge, wäre diese mit Blick auf den Inhalt des RAD-Berichts als leicht zu qualifizieren. Da das angerufene Gericht sowohl die Rechtslage als auch den Sachverhalt frei überprüfen könne, wäre unter den gegebenen Umständen eine Heilung des Verfahrensmangels zulässig und geboten (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_793/2008 vom 13. März 2009 E. 3).

5. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt hat. Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, dass die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. Oktober 2014 und 12. Februar 2015 ohne ihre Mitwirkung erstellt und ihrer Anwältin bis heute nicht zur Stellungnahme unterbreitet worden seien. Damit habe die Beschwerdegegnerin den verfassungsmässigen Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör verletzt.

5.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen.

Ferner stehen der Partei Teilnahmerechte offen. Sie hat etwa den Anspruch darauf, bei einem Augenschein teilnehmen zu können (vgl. BGE 121 V 152 f.), bei Besprechungen ■ etwa mit einem Arbeitgeber (vgl. SVR 1998 UV Nr. 18, E.1.d) ■ anwesend sein zu können oder an Zeugenbefragungen teilnehmen zu können (vgl. BGE 92 I 260 f.). Aus den verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen lässt sich allerdings nur ableiten, jedenfalls nachträglich zu den erhobenen Beweisen Stellung beziehen zu können (vgl. BGE 125 V 405 E. 3e).

5.2 Der Beschwerdeführerin wurden die Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2014 und 12. Februar 2015 im Verwaltungsverfahren nicht zur Stellungnahme zugestellt. Es ist aber bereits fraglich, ob es sich hierbei um zusätzliche Beweiserhebungen im oben genannten Sinne handelt. So nahm Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinen Berichten lediglich zum Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 18. August 2014 sowie zum Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2014 Stellung, welche der Beschwerdeführerin bereits bekannt waren. Zudem kam Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinen Berichten nicht zu neuen, entscheiderelevanten Schlüssen, sondern bestätigte im Wesentlichen die Schlussfolgerungen aus dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_. Selbst wenn vorliegend von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen würde, wäre diese höchstens als leicht anzusehen. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels zudem selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, könnte eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen, zumal sich die Beschwerdeführerin in ihren Rechtsschriften zu den genannten Berichten von Dr. med. D.\_\_\_\_ hat äussern können. Im Übrigen wäre eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile 8C\_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C\_758/2009, E. 2.3 und 2.4), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist.

6. Strittig und zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahme sowie auf eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

6.1 Dr. med. B.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 30. Oktober 2012 (IV-Nr. 9, S. 24) folgende Diagnosen:

- Mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11)
- Chronischer Kopfschmerz bei bekannter Migräne (ICD-10 F42.9) sowie mittlerweile Arzneimittelinduziertem Kopfschmerz (ICD-10 G44.4)
- im Rahmen einer komplexen, langanhaltenden psychosozialen Belastungssituation (ICD-10 Z56, Z59, Z61, Z63, Z73)

Die Beschwerdeführerin habe sich vom 30. April 2012 bis 17. Juni 2012 in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der E.\_\_\_\_ in [...], befunden. Seit Entlassung befinde sich die Beschwerdeführerin bei ihr in ambulanter integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Im Zuge einer seit Jahren bestehenden komplexen psychosozialen Belastungssituation sei es im Dezember 2011 zu einem psychophysischen Zusammenbruch der Patientin gekommen, im Zuge dessen habe sie ihre Frauenärztin aufgesucht, welche die Diagnose einer Depression gestellt habe. Sie habe Symptome von starker Müdigkeit, deutlich herabgesetzter körperlicher Leistungsfähigkeit,

innerer Unruhe und Agitiertheit, deutlichen kognitiven Einschränkungen sowie multiple somatische Beschwerden wie gastrointestinale Beschwerden sowie Zunahme der Migräneattacken gezeigt. Vom 30. April 2012 bis zum 30. Juni 2012 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Patientin unabhängig von der Art der Tätigkeit bestanden. Seit dem 1. Juli 2012 bis sicher Ende November 2012 bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Unter Stabilisierung des bisherigen Heilerfolges unter dem erfolgten beruflichen Wiedereinstieg in selbständiger Tätigkeit mit einem Pensum von 20 % sei im Weiteren eine stufenweise Steigerung vorgesehen. Derzeit sei prognostisch davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die vorbestehende 100%ige Arbeitsfähigkeit wieder erlangen werde, wobei der zeitliche Horizont des beruflichen Wiedereinstieges im Rückblick auf den bislang schwierigen klinischen Verlauf derzeit noch nicht zu beurteilen sei.

6.2 Im Austrittsbericht vom 12. Februar 2013 (IV-Nr. 9, S. 17) stellt Dr. med. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen:

■Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode (ICD-10 F33.1)

■Im Rahmen einer komplexen, langanhaltenden psychosozialen Belastungssituation (ICD-10 Z63.0, Z56.6, Z59.9, Z73.0)

■Panikstörung (ICD-10 F41.0)

■Chronischer Kopfschmerz bei bekannter Migräne (ICD-10 G 42.9)

Die Beschwerdeführerin habe sich vom 17. Dezember 2012 bis 21. Januar 2013 in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der E.\_\_\_\_ befunden. Sie habe am 21. Januar 2013 in deutlich gebessertem psychophysischem Zustandsbild nach Hause entlassen werden können. Im Zuge der durchgeführten multimodalen stationären Intensivbehandlung habe sowohl die depressive Symptomatik deutlich reduziert als auch der Kreislauf zwischen chronischem Spannungskopfschmerz und Migräne unterbrochen werden können. Hinsichtlich des depressiven Zustandsbildes habe die Patientin in teilremittiertem Zustand entlassen werden können. Zum Einzelpsychotherapeutischen Prozess erfolge eine Paartherapie, welche im Hinblick auf den chronischen Paarkonflikt dringend indiziert sei und zu der mittlerweile beide Partnerinnen motiviert seien. Ferner habe die Beschwerdeführerin für eine begleitende psychopharmakologische, antidepressive Behandlung gewonnen werden können, welche im ambulanten Rahmen weiter optimiert werden müsse. Nach Entlassung sei zunächst eine Belastungserprobung im häuslichen Umfeld über 2 Wochen mit weiterbestehender 100%iger Arbeitsunfähigkeit empfohlen worden. Im Anschluss sei das Wiederaufnehmen des stufenweisen beruflichen Wiedereinstieges in die selbständige Tätigkeit im Vertrieb von Hundenahrung und Tierpflegeprodukten anvisiert, beginnend mit einer 20 % Arbeitsfähigkeit ab dem 4. Februar 2013. In Abhängigkeit vom weiteren klinischen Verlauf sei eine stufenweise Erhöhung des selbständigen Arbeitspensums geplant.

6.3 In ihrem Bericht vom 13. Februar 2014 (IV-Nr. 18) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, fest, sie habe die Beschwerdeführerin in den Jahren 2011/2012 bezüglich der Burnout-Diagnose gesehen und die erste Arbeitsunfähigkeit vom 1. Dezember 2011 bis 30. Januar 2012 attestiert. Damals hätten bei der Beschwerdeführerin schwere Konzentrationsstörungen bestanden.

6.4 Im Bericht vom 10. Februar 2014 (IV-Nr. 19, S. 5) führte Dr. med. B. \_\_\_ aus, die Patientin sei phasenweise nicht zur Alltagsbewältigung in der Lage und bedürfe der Unterstützung durch ihr privates Umfeld. Das Zustandsbild sei sehr schwankend mit Phasen uneingeschränkter Fähigkeit und Phasen mit kompletter Unfähigkeit zur Alltagsbewältigung, in denen die Patientin sich ins Bett zurückziehe und zu keinerlei Tätigkeit in der Lage sei. Nach dem Zusammenbruch im Dezember 2011 sei es zur ersten depressiven Episode bei bislang blander psychiatrischer Vorgeschichte und somit erstmaliger psychiatrischer Behandlung gekommen. Seitdem befinde sich die Patientin in kontinuierlicher integrierter psychiatrisch psychotherapeutischer Behandlung bei der Referentin. Nach zunächst positivem Verlauf nach der ersten Hospitalisation sei es zu einer schweren Herpes Zoster Infektion mit in Folge anhaltender Infektanfälligkeit sowie herabgesetzter Leistungsfähigkeit und weiterer depressiver Episode gekommen, welche die erneute stationäre Behandlung notwendig gemacht habe. Aktuell bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit unabhängig von der Art der Tätigkeit auf Grund der bestehenden depressiven Restsymptomatik sowie des geschilderten schwankenden Zustandsbildes. Auf Grund der starken Zustandsschwankungen sei der Patientin aktuell keine kontinuierliche Tätigkeit zumutbar, unabhängig von der Art der Tätigkeit. Sie habe sich mit einer selbständigen Tätigkeit derzeit das optimale berufliche Umfeld geschaffen, um die in guten Phasen bestehende reduzierte Arbeitsfähigkeit von max. 20 % umsetzen zu können. Im Rahmen ihrer selbständigen Tätigkeit sei sie jedoch vollkommen frei, sich die Arbeit gemäss ihrer Befindlichkeit einzuteilen. Dabei würden Tage mit stundenweiser Arbeitstätigkeit mit Tagen gänzlicher Arbeitsunfähigkeit wechseln.

6.5 In seinem psychiatrischen Gutachten vom 18. August 2014 (IV-Nr. 27) hielt Dr. med. C. \_\_\_ fest, aktuell werde keine eigenständige primär psychische Störung, die die Versicherte in ihrer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit einschränke, diagnostiziert. Im Hinblick auf die zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit als kaufmännische Angestellte, was der Ausbildung der Versicherten zum Beispiel auch im Hinblick auf die deutsche, die englische, die französische Sprache und ihre Tätigkeiten als Aussendienstmitarbeiterin, Geschäftsführerin entsprechen würde, sei die Beschwerdeführerin ■ abgesehen von den Tagen, an denen womöglich tatsächlich Migräneattacken auftreten würden ■ über insgesamt 8,5 Stunden pro Arbeitstag an fünf Tagen in der Woche als arbeitsfähig einzuschätzen. Aus dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Ablauf in den vergangenen Wochen lasse sich nun eindeutig ableiten, dass sie nicht an einer durchgehenden depressiven Symptomatik leide, die womöglich Ausdruck einer (schwer behandelbaren und therapieresistenten) mittelgradigen depressiven Episode wäre. Sie habe eindeutig ein normalisiertes Leben neben den Tagen vermehrter Kopfschmerzen und dadurch bedingter Einschränkungen. Es lasse sich aufgrund der aktuellen Erhebung der Angaben keinesfalls nachvollziehen, wieso die Versicherte, wie von der behandelnden Psychiaterin festgehalten, lediglich zu 20 % arbeitsfähig sein sollte. Zumindest seien die angegebenen Diagnosen, die aus versicherungspsychiatrischer Sicht stark hinterfragt werden müssten und nicht nachvollzogen werden könnten oder als remittiert oder weitgehend remittiert zu betrachten seien, nicht geeignet.

6.6 In seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2014 (IV-Nr. 33) hielt der RAD-Arzt, Dr. med. D. \_\_\_ fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ nehme die Aktenlage umfassend auf, gehe in genügendem Mass auf die Lebensgeschichte der Versicherten und die geschilderten Beschwerden ein. Der erhobene Psychostatus sei

detailliert und aussagekräftig. Die versicherungspsychiatrische Beurteilung von Diagnostik und Arbeitsfähigkeit sei nachvollziehbar und schlüssig. Es sei davon auszugehen, dass von Dezember 2011 bis Ende der ersten Hospitalisation am 17. Juni 2012 und nochmals vom 10. Juli 2012 bis 16. November 2012 (zweite Hospitalisation) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % gelten müsse. Eine andere Aussage sei angesichts der Aktenlage retrospektiv nicht möglich. Ansonsten könne auf die Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ abgestellt werden, wonach keine versicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit bestehe.

6.7 In ihrem Bericht vom 18. Dezember 2014 (IV-Nr. 39) führte Dr. med. B.\_\_\_\_ aus, es zeige sich ein langwieriger Krankheitsverlauf mit nur langsamer Verbesserung der psychophysischen Belastbarkeit und Wiedererlangung der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung sowie niederprozentigen Arbeitsfähigkeit. Bis zuletzt sei der klinische Verlauf durch massive Stimmungs- und Zustandsschwankungen geprägt gewesen, sowohl hinsichtlich der Migräneproblematik als auch der depressiven Symptomatik. Im Rahmen von einem zunächst ca. 20%igen bis aktuell 40%igen Pensum habe die Patientin ihre selbständige Tätigkeit im Vertrieb von Tiernahrung bis heute aufbauen können. Unter der Medikation sei es zu einer sowohl positiven Wirkung auf die depressive Symptomatik als auch die Migränehäufigkeit, gleichzeitig jedoch zu störenden Nebenwirkungen in Form einer deutlichen Gewichtszunahme gekommen. Die verbleibende Teilarbeitsfähigkeit sei abhängig von dieser spezifischen selbständigen Tätigkeit mit der Möglichkeit, die Arbeitszeit vollkommen frei je nach aktueller Befindlichkeit gestalten zu können. In einem anderen Setting mit fixen Arbeitszeiten wäre die Arbeitsfähigkeit noch geringer einzuschätzen. Im Hinblick auf den bisherigen Verlauf sei bis auf weiteres nicht mit einer Wiedererlangung der vorbestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit und einer substanziellen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit in der nächsten Zeit zu rechnen.

6.8 In seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2015 (IV-Nr. 41) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ vom RAD fest, die im Arztbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2015 geschilderte Symptomatik wie auch die Diagnosen seien schon in früheren Berichten der behandelnden Psychiaterin beschrieben worden, so im Bericht vom 12. Februar 2013 an Dr. med. F.\_\_\_\_, und im IV-Arztbericht vom 19. Februar 2014. In letzterem werde der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestiert. In dieser Ausgangssituation habe die psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ stattgefunden. Dessen Gutachten habe Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2014 gewürdigt und habe empfohlen, auf die Aussagen im Gutachten abzustellen. Im aktuellen Arztbericht vom 18. Dezember 2014 führe die behandelnde Psychiaterin aus, die Versicherte sei zu 40 % arbeitsfähig. Somit könne auch von daher von einer nochmaligen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Die angeführten Diagnosen seien bereits vor der Begutachtung bekannt gewesen, ebenso der medizinische Sachverhalt.

7.

7.1 Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 18. August 2014 (IV-Nr. 27) stützt, ist vorerst dessen Beweiswert zu prüfen. Grundsätzlich ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen des Experten begründet.

Dr. med. C. \_\_\_ legt in seinem Gutachten überzeugend dar, dass aufgrund der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Aktivitäten und Tagesabläufe keine eigenständige primär psychische Störung, die die Versicherte in ihrer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit einschränke, diagnostiziert werden könne. Aus dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Ablauf in den vergangenen Wochen lasse sich nun eindeutig ableiten, dass sie nicht an einer durchgehenden depressiven Symptomatik leide, die womöglich Ausdruck einer (schwer behandelbaren und therapieresistenten) mittelgradigen depressiven Episode wäre, sondern sie habe eindeutig ein normalisiertes Leben neben den Tagen vermehrter Kopfschmerzen und dadurch bedingter Einschränkungen. Zu diesem normalisierten Leben gehörten dann auch die Freizeitaktivitäten, die die Versicherte zum Ausgleich zur beschriebenen beruflichen Tätigkeit angegeben habe: Morgens mache sie nach dem Füttern der Tiere, sie habe neben der Hündin noch Mini Pigs und Islandpferde, die auf dem Grund der Partnerin leben würden, nach dem Frühstück Qi-Gong und Übungen zur Entspannung. Ebenso würde sie nach einer Mittagsruhe gerne walken mit den zwei Hunden bzw. alternativ reiten. Sie reite mindestens zweimal in der Woche, ansonsten gehe sie gerne mit den Hunden laufen. Der Kontakt zu den Tieren sei ihr sogar sehr wichtig sein, stelle für sie eigentlich die engeren und wichtigeren sozialen Kontakte dar als zu Menschen. Sie würde aber auch am Nachmittag etwas Musik hören, wenn sie nach dem Spaziergang ausruhe oder sie würde etwas lesen. Zurzeit habe sie sich mit dem Thema Persönlichkeitsentwicklung beschäftigt. Abends sitze sie eventuell aktuell nach dem Telefonieren beruflicherseits noch etwas im Garten. Ab 22.00 Uhr könne sie gut schlafen, aktuell habe sie auch keine Schlafprobleme, dies sei allerdings manchmal auch schon anders gewesen.

Sodann vermag die Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_ auch angesichts seiner umfassenden und schlüssigen Befunderhebung zu überzeugen. Demnach seien aus den Angaben in der Exploration und dem in der Untersuchung gezeigten Verhalten keine akzentuierten Persönlichkeitseigenschaften und keine spezifische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 abzuleiten. Die Versicherte sei in allen Qualitäten vollständig orientiert. Sie sei in der insgesamt zwischen 11.00 Uhr und 13.05 Uhr dauernden Untersuchung durchgehend aufmerksam und gut konzentriert gewesen. Es hätten auch keine Einbussen höherer kognitiver Leistungen wie Gedächtnis oder problemlösendes Denken bestanden. Das formale und inhaltliche Denken habe keine Pathologika aufgewiesen. Es seien keine Gedankenabrisse, Gedankensprünge, Inkohärenzen oder Assoziationslockerungen, Verlangsamung oder Beschleunigung des Denkens, Danebenreden, Grübelneigung in der Untersuchungssituation, Zwangsgedanken, pathologische Ängste, überwertige Ideen oder Wahn zu erheben. Auch hätten keine Wahrnehmungsstörungen als illusionäre Verkennungen oder Halluzinationen und keine Ich-Störungen im Sinne von Gedankeneingabe, Gedankenentzug oder Fremdbeeinflussungserleben bestanden. Bei der Darstellung ihrer Lebenssituation unter besonderer Berücksichtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens der vergangenen Wochen hätten sich keine Symptome für ein durchgehendes affektives Syndrom ergeben. Die Versicherte berichte über Freudfähigkeit, mit dem Hund zu laufen, aktuell die kleinen Welpen zu füttern, die Zuchthündin zu versorgen, zu reiten, telefonischen oder persönlichen Kontakt zu Kunden zu haben, um das Tierfutter vertreiben zu können. Sie habe Freude an der Aufgabe im Vorstand des Berger Picard Vereins, scheine ein gutes Selbstwertgefühl zu haben, z.B. nicht nur die Fähigkeiten als Übersetzerin tätig zu sein, sondern auch Vorträge über die Berger Picard Hunderasse halten zu können, kurze Beiträge schreiben zu können und vor allem auch mit Menschen

reden und verkaufen zu können. Hier sei die Versicherte nicht selbstwertgemindert, sondern habe gute Kompetenzen angegeben und sei selbstbewusst erschienen, immer unter der Voraussetzung, keine Migräne zu erleiden. Der affektive Rapport in der Untersuchungssituation sei sehr gut herstellbar gewesen. Die Stimmung der Versicherten sei auslenkbar und schwingungsfähig gewesen. Sie habe keinen Lebensüberdruß angegeben. Es habe keine Suizidalität bestanden. Der Antrieb in der Untersuchungssituation, die Mimik, Gestik und Psychomotorik seien normal ergeben. Es hätten sich keine Hinweise auf Impulshandlungen ergeben. Die Willenskräfte seien zielgerichtet gewesen. Die Versicherte sei fähig, ihre Angelegenheiten selbständig zu regeln. Es hätten keine Entscheidungsschwierigkeiten im Sinne von Ambivalenz oder Ambitendenz bestanden. Gestützt darauf leuchtet auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch Dr. med. C. \_\_\_ ein: Im Hinblick auf die zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit als kaufmännische Angestellte, was der Ausbildung der Versicherten zum Beispiel auch im Hinblick auf die deutsche, die englische, die französische Sprache und ihre Tätigkeiten als Aussendienstmitarbeiterin, Geschäftsführerin entsprechen würde, sei die Beschwerdeführerin ■ abgesehen von den Tagen, an denen womöglich tatsächlich Migräneattacken auftreten würden ■ über insgesamt 8,5 Stunden pro Arbeitstag an fünf Tagen in der Woche als arbeitsfähig einzuschätzen.

Schliesslich setzt sich Dr. med. C. \_\_\_ eingehend mit den entgegenstehenden Berichten der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. B. \_\_\_, auseinander. Deren im Bericht vom 18. Dezember 2014 wiederholt gestellte Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig mit chronifizierendem Verlauf (ICD-10 F33.1) sowie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) erscheinen angesichts der schlüssigen Befund- und Anamneseerhebung von Dr. med. C. \_\_\_ und seinen daraus gezogenen Schlussfolgerungen kaum mehr haltbar. Es ist zwar gerade bei psychischen Beschwerden immer schwierig, sich rückblickend zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit zu äussern, zumal alle in psychiatrischer Hinsicht wesentlichen Berichte fast ausschliesslich von der behandelnden Psychiaterin stammen. Aber gerade der Umstand, dass die Diagnosestellung von Dr. med. B. \_\_\_ vom 18. Dezember 2014 wie dargelegt nicht schlüssig erscheint, lässt es nicht zu, ohne weiteres auf deren Berichte der Jahre 2012 ■ 2014 abzustellen. Dr. med. C. \_\_\_ äussert in seinem Gutachten denn auch diverse nachvollziehbare Zweifel an den Beurteilungen von Dr. med. B. \_\_\_. In diesem Zusammenhang ist zudem darauf hinzuweisen, dass der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden kann und soll, dass Hausärzte, aber auch behandelnde Fachärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353; Urteil I 655/05 vom 20. März 2006, 8C\_180/2008 vom 13. Mai 2008 E. 3.2). Wie aus der genannten bundesgerichtlichen Rechtsprechung hervorgeht, gilt diese Erfahrungstatsache ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ■ nicht nur für Hausärzte, sondern auch für behandelnde Fachärzte. Auch aus diesem Grund sind die Berichte von Dr. med. B. \_\_\_ nur bedingt als beweismässig anzusehen. Dr. med. C. \_\_\_ hielt diesbezüglich nachvollziehbar begründet fest, dass Dr. med. B. \_\_\_ in Zuständen allgemeiner subjektiver Beschwerdeschilderung, zusätzlich Burnout und Erschöpfung, das Vorliegen einer Depression sehe. Insofern dürfe aus versicherungspsychiatrischer Sicht kritisch hinterfragt werden, ob die Versicherte tatsächlich eine rezidivierende Erkrankung erleide mit einzelnen depressiven Episoden, die die Diagnosestellung ICD-10 F33.1 nach sich ziehen würde. Somit erscheint es aufgrund des vorliegenden medizinischen

Sachverhaltes, wie von Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme einleuchtend dargelegt, überwiegend wahrscheinlich, dass bei der Beschwerdeführerin von Dezember 2011 bis Ende der ersten Hospitalisation am 17. Juni 2012 und nochmals vom 10. Juli 2012 bis 16. November 2012 (zweite Hospitalisation) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen hat, eine andere, weitergehende Aussage angesichts der Aktenlage retrospektiv aber nicht möglich ist. Damit ist das Vorliegen einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit auch retrospektiv nicht mit dem Beweiswert der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

7.2 Am Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_ vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Insofern die Beschwerdeführerin die zweistündige Dauer der Untersuchung als zu kurz rügt, ist darauf hinzuweisen, dass der Zeitaufwand für eine psychiatrische Untersuchung in weiten Grenzen schwankt, je nach Fragestellung und zu beurteilender Psychopathologie. Daher lässt sich ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung nicht verbindlich angeben (Urteil I 58/06 des EVG vom 13. Juni 2006, E. 2.3 mit weiteren Hinweisen). So zeigt selbst eine lediglich 20 Minuten dauernde psychiatrische Exploration nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters an, da es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen kann; massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des EVG I 719/05 vom 17. November 2006, E. 3), was nach der obigen Beweiswürdigung hinsichtlich des Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_ bejaht werden kann. Im Übrigen enthält das psychiatrische Gutachten eine ausführliche Wiedergabe der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu den aktuellen Beschwerden und zur persönlichen Anamnese.

Wie sodann die Beschwerdegegnerin zu Recht festgehalten hat, überzeugt die von der Beschwerdeführerin vertretene Meinung, dass die Berichte der behandelnden Psychiaterin gegenüber der auf einer einmaligen Untersuchung fussenden Abklärung von Dr. med. C.\_\_\_\_ erhöhtes Gewicht zukomme, nicht, denn der psychiatrische Experte hatte Kenntnis von den vollständigen Akten, so dass er den psychischen Gesundheitszustand zumindest indirekt über einen längeren Zeitraum beobachten konnte und zudem aufgrund seiner Gutachterstellung für diese Problematik sensibilisiert ist (Urteil des Bundesgerichts I 19/05 vom 29. Juni 2005 E. 2.3.3).

7.3 Da der Sachverhalt vorliegend nur bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2015 zu beurteilen ist, können die erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen (Kostengutsprache für Klinikaufenthalt vom 25. Februar 2016, E-Mail vom 11. April 2016), worin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin geltend macht, nicht mehr in die Beurteilung mit einbezogen werden. Diese Unterlagen wären allenfalls im Rahmen einer Neuanschuldung zu behandeln und entsprechend zu prüfen.

7.4 Demnach ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung mit Verfügung vom 31. Juli 2015 verneint hat. Somit ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

8. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG 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 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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