

SO_GERICHTE VSBES.2017.39 vom 21. Dezember 2016

SO Obergericht, 2016-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.39

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.39 du 21 décembre 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.39 del 21 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 21. Dezember 2016 sei aufzuheben.

E. 2

a) Es seien der Versicherten und Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Rente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Es seien ergänzende medizinische und beruflich-erwerbsbezogene Abklärungen durchzuführen.

E. 3

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

E. 4

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 3. Mit Eingabe vom 10. Mai 2017 (A.S. 30) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer umfassenden Beschwerdeantwort und beantragt die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. 4. Die durch den Vertreter der Beschwerdeführerin am 19. Mai 2017 eingereichte Kostennote (A.S. 33 ff.) geht mit Verfügung vom 22. Mai 2017 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (A.S. 36). Diese hat sich dazu nicht vernehmen lassen.

E. 5

5.1 Mit Vorladung vom 18. Juli 2017 (A.S. 37 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 21. November 2017, 14.00 Uhr, vorgeladen. 5.2 Die im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 21. November 2017 (vgl. Protokoll, A.S. 43 ff.) gestellten Beweisanträge, wonach die eingereichten Urkunden Nrn. 3 - 5 zu den Akten zu nehmen seien, werden gutgeheissen. Der Antrag, wonach die Seelsorgerin H.____ als Zeugin oder Auskunftsperson anzuhören sei, wird abgewiesen. Der Vertreter stellt folgende leicht modifizierte Rechtsbegehren: 1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 21. Dezember 2016 sei aufzuheben. 2. a) Es seien der Versicherten und Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Rente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Es seien ergänzende medizinische und beruflich-erwerbsbezogene Abklärungen durchzuführen. Dabei sei ein neues psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben, das durch eine weibliche Gutachterperson zu verfassen sei. 3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 6. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften

wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte 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 zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.2 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 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. Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

4. 4.1 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).

4.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die

Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_151/2012 vom 12. Juli 2012 E. 2, 8C_399/2013 vom 17. September 2013 E. 2, 8C_635/2015 vom 5. November 2015 E. 2). 4.3 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2). 4.4 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter 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 er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 21. Dezember 2016 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Massnahmen und Ausrichtung einer Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. 6. Zur Beurteilung des

Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant: 6.1 Im Intake-Gespräch vom 9. Juli 2013 (IV-Nr. 3) nahmen die Beschwerdeführerin, med. pract. D.____, Praktische Ärztin FMH, RAD, und I.____, Früherfassung, teil. Die Beschwerdeführerin gab an, in ungekündigtem Arbeitsverhältnis beim J.____ zu arbeiten, wo sie in der Funktion als Sachbearbeiterin in einem Pensum von 44 % tätig sei. Es sei vom Arbeitgeber her kein zusätzliches Pensum möglich. Sie verdiene monatlich ohne 13. Monatslohn durchschnittlich CHF 2'200.00. Die Arbeit sei interessant. Sie pflege den telefonischen Kundenkontakt, verkaufe Inserate, mache das Layout der Broschüre, organisiere den Versand und sei im Rechnungswesen tätig. Der Betrieb beschäftige vier Teilzeitangestellte. Seit 11. März 2013 bis auf weiteres sei sie 100 % arbeitsunfähig. Ohne Gesundheitsschaden würde sie 60 - 70 % arbeiten (seit der Scheidung sei sie finanziell auf ein höheres Pensum angewiesen). Die Beschwerdeführerin verfüge über eine abgeschlossene Bürolehre und habe noch nie einen Lebenslauf geschrieben. Sie habe immer gearbeitet, ausser von 1995 bis 2007 (Familienfrau und Mutter). Zu ihren besonderen Kenntnissen gehörten: Computer-Kenntnisse (gute Kenntnisse in Word), Kontakt zu Kunden, exaktes Arbeiten und Zuverlässigkeit. Bevor sie Mutter geworden sei habe sie viel Sport getrieben, danach habe sie sich die Zeit nicht mehr genommen. Sie gehe mit dem Hund spazieren. Zur finanziellen Situation habe sie angegeben, von der K.____ Versicherung ein 80 %-Taggeld und von ihrem Exmann Alimente für beide Kinder von CHF 1'400.00 zu erhalten, wobei eine Kürzung geplant und der jüngere Sohn im Internat sei. Die Hälfte der Alimente ginge ans Internat. Ihr Exmann lebe unter dem Existenzminimum. Finanziell gehe es ihr katastrophal. Sie habe sich beim Sozialamt angemeldet, doch noch keine Antwort erhalten. 6.2 Im «Entlassungsbrief» vom 10. März 2013 (IV-Nr. 13.3 S. 9 f.) führte Dr. med. L.____, behandelnder Arzt, [...], Ambulante Notfallstation, aufgrund der Behandlung vom 2. März 2013 die Diagnose «unklare Allgemeinzustand-Verschlechterung» auf. Es bestehe seit längerer Zeit ein Krankheitsgefühl. In den letzten sieben bis zehn Tagen habe die Übelkeit, Inappetenz zugenommen, sie habe circa 2 - 3 kg an Gewicht abgenommen, leide unter starker Müdigkeit sowie einem Schwindelgefühl im Stehen. Phasenweise verspüre sie Herzrasen sowie Atemnot und Druck in der Brust mit Ausstrahlung in den linken Arm. Vor zehn Tagen sei sie wegen starken Rückenschmerzen beim Hausarzt gewesen. Damals sei ein erhöhter Bluthochdruck um 190/120 mmHg festgestellt worden, in der Folge sei eine antihypertensive Therapie begonnen worden. Gemäss dem Hausarzt müsste im Verlauf nach möglichen Ursachen des Bluthochdrucks gesucht werden. Zwei Tage später habe sie sich auf der hiesigen Notfallstation wegen pulsierender Kopfschmerzen vorgestellt. Zum Status wurde festgehalten: Reduzierter Allgemeinzustand, Blutdruck: 140/90 mmHg, Puls: 112/min., regelmässig. Nach Rücksprache mit dem Oberarzt der Medizin werde sie zur weiteren Abklärung auf die IDN verlegt. 6.3 Mit «Entlassungsbrief» vom 12. März 2013 (IV-Nr. 13.3 S. 7 f.) hielt Dr. med. M.____, behandelnder Arzt, [...], Ambulante Notfallstation, die Diagnose «Angst- und Panikattacken» fest. Zum jetzigen Leiden führte er aus, es sei eine erneute Angst-/Panikattacke vorhanden, die letzte NF-Kontrolle [Notfallkontrolle] mit ausführlichen Abklärungen im [...] habe am 10. März 2013 stattgefunden. Die Beschwerdeführerin habe erneut Angst sterben zu müssen. Beim Status wurde festgehalten: Guter Allgemeinzustand, mager, Blutdruck: 120/85 mmHg, Puls: 110/min., regelmässig, Herz/Lunge auskultiert normal. Die Notfallbehandlung sei im Rahmen eines beruhigenden Gesprächs und der Abgabe von Temesta Expidet erfolgt. Die Beschwerdeführerin sei nach Hause entlassen worden, es sei eventuell ein Antidepressiva,

eventuell eine psychiatrische Betreuung notwendig. Sie habe morgen einen Termin beim Hausarzt abgemacht. Die Nachbehandlung erfolge durch ihn. 6.4 Dr. med. N.____, Chefarzt, und Dr. med. O.____, Oberärztin, P.____, hielten im Bericht vom 19. Juli 2013 (IV-Nr. 13.3 S. 2 ff.) betreffend die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 23. April bis 13. Juli 2013 die Diagnose einer «Panikstörung (ICD-10 F41.1)» fest. Die Beschwerdeführerin habe am störungsspezifischen Programm für Patienten mit Angst- und Zwangserkrankung teilgenommen. Dies umfasse Gruppengespräche, Körpertherapie, Maltherapie, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson und Töpfereiatelier. Im Rahmen der Therapie habe die Patientin zunehmend die vegetativen Begleiterscheinungen der Angstzustände zuordnen können und regulieren gelernt, wobei sie bis zum Austritt immer wieder über Verunsicherung geklagt und diese jeweils in die Gespräche eingebracht habe. Die Patientin habe bisher keine psychotherapeutische Erfahrung gehabt und es zeige sich, dass sie sehr grosse Mühe habe, sich und ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, diese auch mitzuteilen und sich gegen Mitpatienten und ihre Familie abzugrenzen. Dabei erlebe sie eine intensive nachvollziehbare Trauer, dass sie sich über viele Jahre allein in den Dienst ihrer Kinder und ihres Ehemannes gestellt und ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche nicht wahrgenommen habe. Im Rahmen der stationären Behandlung habe die Patientin sehr lange gebraucht, um sich zu öffnen, ihre traumatischen Erfahrungen mitzuteilen und sich in den Gesprächen Rat und Unterstützung zu holen. Dabei sei auch eine gewisse Unerfahrenheit und Hilflosigkeit deutlich geworden, die die Patientin häufig belasteten und sie in ihrer Passivität verharren liessen, die sich in dem Moment löse, wo sie Ermutigung und Zuspruch bekomme, um ihre Probleme anzugehen. Somatisierungen hätten dabei häufig die Gespräche geleitet. Bei der Beschwerdeführerin sei beim Eintritt und Austritt eine skalierte Diagnostik durchgeführt worden. HoNOS (Health of Nation Outcome Scales) beim Eintritt 11, beim Austritt 4. Beim Austritt sei ein unauffälliger Psychostatus feststellbar, es sei eine Medikation mit Cipralext 20 mg (1-0-0-0), Trittico 50 mg (0-0-0-1) und in Reserve Relaxane und Temesta mitgegeben worden. Die Nachbehandlung erfolge in der Psychotherapie-Tagesklinik der [...]. Bis zum definitiven Eintritt erfolge die Überbrückung bei der Referentin. 6.5 Dr. med. Q.____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, nahm im Bericht vom 28. Oktober 2013 (IV-Nr. 17.4 S. 7 f.) zu den ihm durch die Kollektiv-Krankentaggeld-Versicherung gestellten Fragen (vgl. IV-Nr. 17.4 S. 9 f.) Stellung. Er stellte die Diagnose einer «ausgeprägten Panikstörung (ICD-10 F41.1)». Die Beschwerdeführerin leide an einer ausgeprägten Antriebslosigkeit und Erschöpfung. Sie habe grosse Schwierigkeiten, sich für die Aktivitäten im Alltag zu motivieren. Es komme zu täglichen Angstzuständen und Schlafstörungen, welche muskuläre Verspannungen im Bereich der BWS und der Rippen auslösten. Letztere könnten zum Teil durch manuelle Medizin und Selbstmobilisation gelöst werden. Die Beschwerdeführerin leide wiederholt und eindrücklich an schwer kontrollierbaren Panikattacken, welche seinerzeit eine Hospitalisation in der Klinik erforderlich gemacht hätten. Aktuell sei die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Sie habe aus eigenem Antrieb bei ihrem bisherigen Arbeitgeber im August dieses Jahres versucht, ihre bisherige Arbeit wieder aufzunehmen. Wegen einer ausgeprägten Panikattacke habe sie jedoch nach 1,5 Stunden wieder aufhören müssen. Die Patientin sei psychisch noch nicht stabilisiert. Die psychiatrische Medikation werde durch Dr. med. B.____ festgelegt. Das Potential sei hier noch nicht ganz ausgeschöpft. Die Patientin sei aktuell (am 18. Oktober 2013) sehr motiviert, ihre Arbeit so schnell wie möglich wieder aufzunehmen, weil in der Zwischenzeit auch finanzielle Probleme aufgetreten seien und sie durch ihre Erkrankung und die

Arbeitsunfähigkeit finanziell an der Grenze zum Existenzminimum liege. Dr. med. Q. ___ habe ihr empfohlen, diese Situation mit dem Psychologen und dem Psychiater zu besprechen. Die labile psychische Situation mit dem wiederkehrenden Auftreten von Panikattacken verunmögliche aktuell die Wiederaufnahme der Arbeit. Es seien keine anderen Gründe für die Arbeitsunfähigkeit vorhanden. Die Patientin werde regelmässig alle ein bis zwei Wochen durch den Psychologen M Sc UZH R. ___ in der Praxis von Dr. med. B. ___ behandelt. Sie nehme aktuell Ciprexal 20 mg und Trittico 50 mg sowie Dafalgan bis 4 x täglich 1 g und Temesta Exp. bei Panikattacken. In seiner eigenen Praxis erfolgten die Sitzungen bei Überhandnehmen der somatischen Beschwerden. Da die psychischen Symptome im Vordergrund stünden, müssten der bisherige Heilverlauf und die Erfolge beim Psychiater erfragt werden. Das Therapieziel bestehe darin, dass die Patientin lerne, mit ihren Ängsten und ihrer aktuellen Situation und mit dem fremdplatzierten Sohn umzugehen. Nach einer Beruhigung der Situation sei die Prognose gut.

6.6 Zum Fragenkatalog der Kollektiv-Krankentaggeld-Versicherung (IV-Nr. 17.4 S. 5 f.) nahmen M Sc UZH R. ___, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und Dr. med. B. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 6. November 2013 Stellung (IV-Nr. 17.4 S. 1 ff.). Sie stellten folgende Diagnosen: - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Angsterregende Erlebnisse in Kindheit (ICD-10 Z61.7) - Familienzerrüttung durch Trennung (ICD-10 Z63.5) - Jüngerer Sohn mit schweren Erkrankungen und grossen Schulproblemen belastend (ICD-10 Z63.8) Die gegenwärtige Symptomatik bestehe in einer chronischen Anspannung, Misstrauen, Ängste vor Herzinfarkt, vor baldigem Tod, begleitet von Herzrasen, Atembeschwerden, Druck in Brust und Nacken, schweren Armen, Kribbeln und Missempfindungen im Mund, Freudlosigkeit, Gefühllosigkeit, Antriebsverlust, Erschöpfung, Vergesslichkeit. Sie finde abgesehen von Kindern keinen Sinn im Leben. Die beginnende Erschöpfung, Antriebs- und Gefühllosigkeit hätten im Herbst 2012 begonnen. Sie habe fast nur noch «funktioniert». Verstärkt im Sinne eines Zusammenbruchs im März 2013, nach (bislang unbegründeter) Aussage einer Seminarleiterin einer «Lebensschule», der Vater der Patientin würde bald sterben: in der Folge Angst vor dem eigenen Tod und Unfähigkeit zu arbeiten mit Schlottern am ganzen Körper und Weinanfällen. Die Arbeitsfähigkeit sei einmal von Dr. med. B. ___ signiert worden (am 20. August 2013: neun Wochen Arbeitsunfähigkeit seit 1. August 2013). In der Folge aufgrund von Ferienabwesenheit von Dr. med. B. ___ habe der Hausarzt ein Arbeitsunfähigkeits-Zeugnis ausgestellt, scheinbar bis Ende November 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. Die Patientin mache allerdings seit zwei Wochen (d.h. seit circa 21. Oktober 2013) wieder Arbeitsversuche (3 - 4 Stunden/Woche), die ihr im Unterschied zu früheren Arbeitsversuchen nun besser zu gelingen schienen, so dass im Laufe der nächsten Monate wieder mit einer langsamen Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden dürfe. Die Beschwerdeführerin habe vor ihrer Dekompensation zu 50 % gearbeitet, mehr habe sie zugunsten der Kinder nicht gewollt. Es sei davon auszugehen, dass der erneute Zielzustand der angestrebten und mittelfristig vermutlich auch möglichen Arbeitsfähigkeit erneut ein Pensum von 50 % sein werde. Gemäss den bisherigen Erkenntnissen gebe es bei dieser Patientin keine Gründe für die Arbeitsunfähigkeit, die mit Mitarbeitern zu tun hätten. Die Gründe der Arbeitsunfähigkeit lägen im Verlust des Antriebes, der Lebensfreude, der verspürten körperlichen Integrität bis hin zu Todesängsten. Die Gründe für diese Phänomene lägen wiederum in biographisch geprägten, der Patientin noch nicht genügend bewussten psychodynamischen Konflikten und Verletzungen. Deren Klärung sei erst begonnen worden. Die Patientin sei am 29. Juli 2013

erstmal und insgesamt acht Mal in der Praxis vorstellig geworden. Sie habe einen Therapeutenwechsel innerhalb der Praxis gewünscht, so dass der neue und aktuelle Therapeut (M Sc UZH R.____) sie erst viermal gesehen habe (erstmal am 8. Oktober 2013) und der zuständige Arzt (Dr. med. B.____) erst einmal (am 20. August 2013). Deshalb sei ihre Kenntnis der Patientin beschränkt. Die Medikation sei bei der stationären psychiatrischen Hospitalisation in der P.____ eingestellt worden. Die bisherige Sitzungsfrequenz beim neuen Psychotherapeuten sei alle 1 - 2 Wochen. Das Erstgespräch am 8. Oktober 2013 habe 90 Minuten gedauert, die weiteren Sitzungen je rund 65 Minuten. Die weitere Sitzungsfrequenz richte sich nach dem jeweiligen Bedarf der Patientin und nach ihren eigenen Möglichkeiten, vorerst circa wöchentlich. Während der Hospitalisation in der P.____ habe die Patientin gelernt, über eigene Gefühle zu sprechen, was für sie sehr ungewohnt sei. Insgesamt habe sie gelernt, dass es sie entlaste, eigenem Ärger Ausdruck zu verleihen. Symptombesogen berichte die Patientin erst über kleine Veränderungen. Im Rahmen der wenigen Sitzungen könne noch kein nachhaltiger Erfolg erwartet werden. Sie habe einmal beruhigt werden können, als sie im Sinne einer Notfallsitzung sehr ängstlich zu ihnen gekommen sei, indem sie ihre Symptome eingeordnet hätten (als multikausal bedingt, u.a. auch menstruationsbedingt und im Rahmen einer Diskushernie). Zudem habe eine erste Klärung ihres Erlebens im Sinne der biografischen Prägung erreicht werden können. Über den zeitlichen Horizont bis zu einer psychiatrischen Stabilisierung könnten sie keine verlässliche Aussage machen. Auch könnten sie sich vorstellen, dass die für sie relevantere Arbeitsfähigkeit sich erhole, noch bevor sie von einer therapeutisch zufriedenstellenden nachhaltigen Gesundheit sprechen dürften. Therapeutisch möchten sie der Patientin insbesondere dabei helfen, ihr emotional-vegetatives Innenleben besser zu verstehen und regulieren zu können. Psychotherapeutisch sei eher von einem Langzeitverlauf auszugehen.

6.7 Dr. med. B.____ hielt im Arztbericht vom 22. August 2014 (IV-Nr. 26) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), seit Herbst 2012 - Panikstörung (ICD-10 F41.0), seit April 2013 Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Angsterregende Erlebnisse in Kindheit (ICD-10 Z61.7), seit Kindheit - Familienzerrüttung durch Trennung (ICD-10 Z63.5), seit 2008 - Jüngerer Sohn mit schweren Erkrankungen und grossen Schulproblemen belastend (ICD-10 Z63.8), seit 1998, zugespitzt ab November 2012 In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin ab 29. Juli 2013 (Therapiebeginn) bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Ihr Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden und es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Die Patientin ertrage keine Interaktionen mehr, die von Zeitdruck, Stress, Dominanz und Forderungen geprägt seien. Sie ertrage ebenso wenig laute oder forcierte Stimmen oder Streit. Solches löse bei ihr eine ganze Kaskade von psychovegetativen Symptomen aus und im Verhalten Flucht tendenz und schliesslich innerlich oder tatsächlicher Rückzug. Konzentrativ und im Verhalten werde die Patientin blockiert und handlungsunfähig. Sie verliere Antrieb und Motivation, werde erschöpft, energielos. Die Stimmung falle ab in Richtung Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Todeswünsche könnten dazu treten. Durch seine Art löse der aktuelle Vorgesetzte scheinbar ebendies immer wieder aus. Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könnte indes verbessert werden. Aus psychologischer Sicht handle es sich bei der geschilderten Symptomatik um ein biographisch geprägtes, hoch automatisiertes Erlebensmuster von depressogener Ärgerhemmung aus Angst vor Bestrafung. Dieses Muster sei theoretisch und

auch praktisch durch psychotherapeutische Interventionen überwindbar. Die Beschwerdeführerin könnte sich bei gelingender Psychotherapie zunehmend mit ihrem inneren Ärger verbünden und ihn als Kraft nutzen, um sich für ihre Anliegen einzusetzen. Bei gelöster emotionaler und Verhaltensblockade sollte sich die an sich hohe Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin wieder einstellen. Es seien ihr andere, im Prinzip unterschiedliche Tätigkeiten zumutbar. Aktuell schienen insbesondere helfende Tätigkeiten im sozialen Bereich (Betreuung z.B.) möglich zu sein. Entsprechend den oben gemachten Bemerkungen sollten solche Tätigkeiten aktuell vor allem sein: ohne Zeit- und Leistungsdruck, in ruhiger Atmosphäre, bei wohlwollenden, gelassenen Vorgesetzten, eingebettet in sozialen Verband. In welchem zeitlichen Rahmen ihr diese Tätigkeit zumutbar seien würden Erfahrungswerte fehlen. Schätzungshalber könnte ein 50 %-Pensum (4 Stunden pro Tag) versucht werden. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Aktuell vermutlich auch in beschützterer Umgebung noch in relevantem Ausmass, wiederum würden dafür aber die Erfahrungswerte fehlen.

6.8 Im Abschlussbericht vom 5. September 2014 hielt der Eingliederungsfachmann C.____ fest (IV-Nr. 27), der Arbeitgeber der Beschwerdeführerin sei sehr kulant und habe der Beschwerdeführerin jederzeit eine Chance gegeben, sie so gut als möglich zu unterstützen, insbesondere damit sie eine Tagesstruktur habe. Vom 1. Januar bis 31. Juni 2014 habe die Beschwerdegegnerin den Arbeitgeber in Form einer Integrationsmassnahme unterstützt. Am 29. Januar 2014 sei ein Standortgespräch durchgeführt worden und die Beschwerdeführerin habe sich sehr stabil gezeigt und sei positiv eingestellt gewesen. Die Arbeit in gewohnter Umgebung habe ihr gut getan (vgl. Protokolleintrag vom 29. Januar 2014). Am 10. April 2014 habe ein Telefongespräch mit der Beschwerdeführerin stattgefunden und sie habe gemeint, es gehe ihr mit Schwankungen den Umständen entsprechend gut. Am 10. Juli 2014 habe ihn die Beschwerdeführerin ganz aufgelöst angerufen und mitgeteilt, es gehe ihr überhaupt nicht mehr gut. Sie wünsche ein Gespräch mit ihm und dem Arbeitgeber. Der Eingliederungsfachmann müsse ihr helfen, eine neue Arbeitsstelle zu finden. Er habe sich sodann mit dem Arbeitgeber in Verbindung gesetzt, um einen Termin zu vereinbaren. Dieser sei irritiert gewesen und habe ihn darüber informiert, dass die Beschwerdeführerin in den letzten drei Wochen nicht zur Arbeit erschienen sei. Um die Situation ein wenig zu beruhigen, habe der Arbeitgeber die Beschwerdeführerin in die Ferien geschickt. Der Termin für das Gespräch sei auf den 27. August 2014 terminiert worden (vgl. dazu Protokolleintrag vom 28. August 2014). Der Arbeitsversuch mit ein bis zwei Stunden pro Woche sei nicht wegen der Arbeitsqualität, sondern wegen der sich verschlimmernden psychischen Verfassung gescheitert. Am Gespräch habe die Beschwerdeführerin verwirrend geklungen und um Hilfe gebeten. Sie sei bei der Firma gut aufgehoben, jedoch am Anschlag. Sie habe darüber informiert, dass sie sich Schmerzen zufügen müsse, um sich noch zu spüren. Der Arbeitgeber habe diese Aussage bestätigt. Zur subjektiven Eingliederungsfähigkeit hielt der Eingliederungsfachmann fest, es gehe der Beschwerdeführerin infolge ihrer Krankheit nicht gut und sie brauche intensive medizinische Betreuung. In Bezug auf die objektive Eingliederungsfähigkeit verwies er auf den Arztbericht vom 1. September 2014 (recte: 22. August 2014, vgl. E. II. 6.7 hiervor). Der Eingliederungsfachmann erachte die Beschwerdeführerin in der jetzigen Situation als nicht vermittelbar. Sie habe ihre Arbeitsstelle noch, jedoch müsse sie mit einer Kündigung rechnen. Der Arbeitgeber stehe nach wie vor hinter ihr, die Belastung könnte aber zu stark werden. Infolge dieser Situation und der gemachten Erfahrung im Arbeitsversuch, werde der Fall in der Beruflichen

Eingliederung abgeschlossen. 6.9 Med. pract. D.____, Praktische Ärztin FMH, RAD, beurteilte in ihrer Stellungnahme vom 6. Januar 2015 (IV-Nr. 31) die medizinische Situation. Dabei hielt sie fest, während der Integrationsmassnahme habe die Beschwerdeführerin keine Stabilisierung gezeigt, im Gegenteil sei es ihr im Herbst 2014 wieder schlechter gegangen, so dass der äusserst kulante Arbeitgeber ihr habe kündigen und die Integration habe beendet werden müssen. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei aktuell ein psychiatrisches Gutachten notwendig. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien gemäss dem behandelnden Psychiater eine depressive Episode und eine Panikstörung. Gemäss RAD bestehe ein «Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung» und eine «allfällige Suchtproblematik (Alkohol?)». Bei den funktionellen Einschränkungen wurde eine fehlende Belastbarkeit und Ausdauer gemäss Erfahrung während den Integrationsbemühungen festgehalten. Die Ressourcen und das Zumutbarkeitsprofil seien fraglich. Zur Beantwortung, ob eine Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt nachvollziehbar sei, sei ein psychiatrisches Gutachten notwendig. 6.10 Im Arztbericht vom 14. März 2015 (IV-Nr. 32) stellte Dr. med. B.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), seit Herbst 2012 - Panikstörung (ICD-10 F41.0), seit April 2013 - Akzentuierte Borderline-Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), seit Erwachsenenalter Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - angsterregende Erlebnisse in Kindheit (ICD-10 Z61.7), seit Kindheit - Familienzerrüttung durch Trennung (ICD-10 Z63.5), seit 2008 - Jüngerer Sohn mit schweren Erkrankungen und grossen Schulproblemen belastend (ICD-10 Z63.8), seit 1998, zugespitzt ab November 2012 - Verdacht auf Status nach ADS als Kind (ICD-10 F90.0), seit Schulalter Seit 29. Juli 2013 (Therapiebeginn) bis auf weiteres sei die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. In Bezug auf die Frage, wie sich die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit auswirke, kann auf den Arztbericht vom 22. August 2014 verwiesen werden (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Ergänzend führte Dr. med. B.____ aus, die Beschwerdeführerin leide unter ausgeprägten Stimmungsschwankungen: ihre Stimmung könne sich aus Phasen von relativer Ruhe heraus schnell dramatisch verschlechtern – bei geeigneten Massnahmen aber auch umgekehrt. Es kann im Übrigen auf die Ausführungen im Bericht vom August 2014 verwiesen werden (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Dem Bericht liegen einige ausgefüllte bzw. durchgeführte psychologische Testverfahren bei (IV-Nr. 32 S. 6 ff.). 6.11 Im Psychiatrischen Gutachten vom 21. Dezember 2015 (IV-Nrn. 41.1 - 41.2) wies Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus: - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2), DD undifferenzierte Somatisierungsstörung mit Symptomen in verschiedenen Organsystemen (kardiovaskulär, gastrointestinal) (ICD-10 F45.1), DD im Rahmen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit schizoid, negativistischen, dependenten und selbstunsicheren Zügen (ICD-10 F61.0) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Dysthymia (ICD-10 F34.1), DD leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) - Angsterregende Erlebnisse in der Kindheit (ICD-10 Z61.7) Zusammenfassend lasse sich feststellen (S. 18 f.), dass bei der Beschwerdeführerin aktuell keine affektive Psychose oder eine affektive Erkrankung vorliege ausser einer dysthymen Grundstimmung, die aber an und für sich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die vielen Befürchtungen und Ängste der Beschwerdeführerin liessen sich am

ehesten in der Diagnose einer hypochondrischen Störung subsumieren, die aktuell durchaus einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Dabei handle es sich um eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden, indem normale oder allgemeine Empfindungen als abnorm und belastend interpretiert würden. Die Beschwerdeführerin schildere dies in Bezug auf die Beobachtung von Herz und Atem, was dann schnell in eine Panikattacke übergehen könne. Während einer Panikattacke könne man nicht arbeiten. Diagnostische Unsicherheit bestehe in der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin über ihre körperlichen Symptome eher verwirrt sei und keine einheitliche Überzeugung einer schweren Erkrankung auf somatischem Gebiet bestehe. Differenzialdiagnostisch werde deshalb auf das mögliche Vorliegen einer undifferenzierten Somatisierungsstörung hingewiesen, bei der zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige Beschwerden vorliegen würden und der zugrundeliegende seelische Konflikt hier in einer schwierigen und belastenden Kindheit gesehen werden könne. Auch die Persönlichkeitsmerkmale wie Hyperemotionalität, emotionale Labilisierung, allgemeines «hysterisches Aufgebrachtsein», regressive Selbstbildveränderung und verminderte Selbstwertregulation mit einhergehender Steigerung von Angstgefühlen, aber auch die Widersprüchlichkeit von Regression und Abhängigkeit versus schizoider Autonomie und Empathielosigkeit könne im Rahmen dieser komplexen Störung gesehen werden und spreche gerade nicht für das Vorliegen einer eigenständigen Persönlichkeitsstörung. Letztere hätte ihren Beginn schon weit früher gehabt und wäre in der fast 20jährigen Arbeitsphase der Beschwerdeführerin durchaus schon aufgefallen, resp. hätte erst gar keine volle Arbeitsfähigkeit zugelassen, vor allem wenn man schizoid negativistische Grundzüge anerkennen möchte (immerhin bestehe die Differenzialdiagnose zu einer schizoiden Persönlichkeitsstörung in der Abgrenzung zu einer Schizophrenie oder einem Asperger Syndrom [aber eher nicht zu einem ADS Syndrom, wie der behandelnde Psychiater in seinem Arztbericht vom März 2015 vermutet habe]). Die Motivation zur seit Juli 2013 durchgeführten Psychotherapie scheine zwar gegeben, die Beschwerdeführerin denke jedoch nicht, dass die Therapie einer Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess diene. Vielmehr stünden die Beschäftigung mit der eigenen Identität und der Empathielosigkeit im Vordergrund, sowie die Auseinandersetzung mit den Belastungen in der Kindheit. Die Behandlung mit Deanxit und Temesta scheine eine gewisse Beruhigung der Situation gebracht zu haben, sowie eine gedankliche Distanzierung von katastrophisierenden Vorstellungen. Nach dem stationären Aufenthalt 2013 habe sie immerhin einen unauffälligen Psychostatus gezeigt (S. 19). Es sei in der Untersuchung nicht klar geworden, warum die Eingliederung bei der Beschwerdeführerin nicht funktioniert habe. Auch der behandelnde Psychiater sei von einer steigerbaren Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Es wäre hilfreich gewesen, der Eingliederungsverantwortliche der Beschwerdegegnerin hätte die Umstände des Arbeitsabbruchs im Juni 2014 genau evaluiert, damit aus diesem Umstand die entsprechenden Konsequenzen hätten gezogen werden können. Dem Wunsch der Beschwerdeführerin, sich wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren, jedoch in einem anderen Berufsumfeld (kein Büro, eher Arbeit in der Natur) könne psychiatrischerseits nur zugestimmt werden. Die Beschwerdeführerin habe jedoch grosse Mühe, ihre offenkundigen Chancen für eine aktive Lebensgestaltung zu erkennen. Genauso wenig wie die Entscheidung der Beschwerdeführerin im Juni 2014 nachvollzogen werden könne (nicht mehr arbeiten zu können), könne sich aus psychiatrischer Sicht daraus eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ableiten lassen. In diesem Sinne beruhe die gescheiterte Eingliederung auf einem Motivationsverlust der Beschwerdeführerin und beschreibe eine

Selbstlimitierung, aber keine psychiatrische Pathologie. Einer erneuten beruflichen Eingliederung stehe aus psychiatrischer Sicht nichts im Wege und sei sogar wünschenswert, um der Beschwerdeführerin wieder eine Tagesstruktur, einen Lebenswert und eine Beschäftigung ihrer Autonomie zu vermitteln (S. 20). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Bürohilfe) in einem Umfang von rund 30 % könne zwei Monate nach dem Austritt aus der P.____, also ab Oktober 2013 angenommen werden. Davor habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Krankschreibung durch den Hausarzt bestanden (11. März 2013). Ab Oktober 2013 hätte die Beschwerdeführerin wieder mit dem bisherigen Pensum von rund 44 % in die bisherige Tätigkeit einsteigen können, steigerbar bis auf 70 %, entsprechend der oben attestierten Einschränkung, die sich aus dem vermehrten Pausenbedarf und einer verlängerten Einarbeitungszeit aufgrund der Panikattacken ergebe. Aus psychiatrischer Sicht sei es nicht plausibel, warum eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich gewesen sein sollte und schon gar nicht, warum die Arbeit ab Juni 2014 sistiert worden sei (S. 22 f.). Die Beschwerdeführerin könne jede, ihrem Bildungsniveau entsprechende, leidensangepasste Tätigkeit ab circa Oktober 2013, sicher jedoch ab dem Gutachtenszeitpunkt zugemutet werden. Dabei könne ihr eine Tätigkeit auf fünf Tage verteilt, mit entsprechend verkürzter Arbeitszeit (30 % Einschränkung) zugemutet werden. Es bestünden keine besonderen Anforderungen an den Arbeitsplatz. Grundsätzlich sollte ein Arbeitstraining jedoch darüber Auskunft geben, welche Einschränkungen an Ausdauer, Konzentration, Flexibilität oder Probleme bei Kundenkontakt etc. bei der Beschwerdeführerin evtl. noch bestünden. Den medizinischen Massnahmen (hier: Medikamentenoptimierung) sollte nicht zu viel Gewicht beigemessen werden. Wichtiger sei eine kontinuierliche psychotherapeutische Begleitung während einem aus psychiatrischer Sicht sehr wünschenswerten Reintegrationsprozess, damit die Beschwerdeführerin den Schritt zu mehr Autonomie als Chance begreife. Die weitere psychotherapeutische Behandlung sollte sich dabei auf die Entwicklung von Bewältigungsstrategien des psychischen Leidens orientieren (S. 23). Aus medizinischer Sicht seien berufliche Massnahmen zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei eine berufliche Wiedereingliederung geradezu heilsam, weil die Beschwerdeführerin nur so soziale Kontakte, Wertschätzung und Tagesstruktur erfahren werde. Ohne Motivationsevaluation, Arbeitstraining gefolgt von einer stufenweisen Arbeitsmassnahme sollte eine berufliche Massnahme jedoch nicht durchgeführt werden. Es müsse vor der Massnahme klar sein, ob dies die Beschwerdeführerin auch wirklich wolle oder nicht doch lieber zu Hause bleiben möchte, was dann aber ihre Entscheidung und nicht Folge der Krankheit sei (S. 24).

6.12 Im Austrittsbericht der S.____, Psychosomatische Medizin, vom 11. Dezember 2015 (IV-Nr. 42) hielten die Ärzte aufgrund der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 20. August bis 6. November 2015 folgende Diagnosen fest: - Rezidivierende depressive Störung, bei Austritt leicht bis mittelschwer (ICD-10 F33.1) - Borderline Persönlichkeitsstörung mit Auftreten von Gefühlsüberflutungen und dysphorisch depressiven Stimmungseinbrüchen und selbstverletzendem Verhalten (ICD-10 F60.31) - Komplexe Angststörung mit generalisierten und agoraphobischen Ängsten (ICD-10 F41.3) - Arterielle Hypertonie - unter Therapie mit 8 mg Candesartan normoton - Dyslipoproteinämie - bei niedrigem kardiovaskulärem Gesamtrisiko (AGLA Score circa 3 %) zurzeit keine Therapie empfohlen - Vitamin D-Mangel, bei Austritt unter Substitution mit Vi-De 3 Tropfen - Verdacht auf Morbus Meulengracht Ziele des stationären Aufenthalts seien die Distanzierung von der psychosozialen Belastungssituation, die Durchführung einer psychischen Stabilisierung mit antidepressiver Behandlung, medikamentöser

Neueinstellung und dem Aufbau positiver Aktivitäten. Im weiteren Verlauf habe die Entwicklung eines Repertoires zum Erwerb von Strategien zu einer geeigneten Anspannungsregulation und verbesserten Emotionswahrnehmung ein weiteres relevantes Therapieziel dargestellt. Die Beschwerdeführerin habe am multimodalen Behandlungsprogramm teilgenommen mit Einzelpsychotherapie, einem Angehörigengespräch mit den Söhnen, Gruppenprogramm für Depression, Sport- und Stresstoleranztraining nach DBT-Richtlinien (nach M. Linehan) sowie Achtsamkeits- und Entspannungstraining. Zur Klärung der prekären finanziellen Situation und Einleitung einer tragfähigen Anschlusslösung nach Klinikaustritt sei die klinikinterne Sozialberatung einbezogen worden. Beim Eintritt habe die Beschwerdeführerin über seit langen Jahren bestehende Schwierigkeit in der Gefühlswahrnehmung und -differenzierung berichtet. Seit circa drei Jahren erlebe sie ein «Gefühlschaos», das sie nicht ordnen könne. Zudem habe sie eine den ganzen Tag über andauernde hohe innere Anspannung beschrieben. In solchen Momenten käme es gelegentlich zu einem Auftreten von selbstverletzendem Verhalten (Kratzen), teilweise würde sie mehr essen, um Spannungen abbauen zu können. Stützend sei die Beziehung zu ihren beiden Söhnen, auch ihrem Hund käme eine zentrale Bedeutung zu. Medikamentös sei zunächst ein Einstellversuch auf Fluctine erfolgt. Hierunter sei es jedoch zu einem Bilderleben gekommen, das die Beschwerdeführerin nicht habe einordnen können, weshalb auf Sertralin gewechselt worden sei, was von ihr gut toleriert worden sei. Der Kontakt zur und die Integration in die Mitpatientengruppe sei der Beschwerdeführerin gut gelungen. Sie habe den Kontakt zu den Mitpatienten als hilfreich und überwiegend stützend erlebt, bei insgesamt bestehenden Abgrenzungsschwierigkeiten (S. 4). Unter Berücksichtigung des Verlaufs und der langjährigen bestehenden Borderlinepersönlichkeitsstörung, einer rezidivierenden depressiven Störung, der komplexen Angststörung und der weiterhin komplexen psychosozialen Belastungssituation sei das Auftreten von Krisenreaktionen hoch wahrscheinlich. Der somatische Verlauf sei weitgehend problemlos gewesen. Der Blutdruck sei unter 8 mg Candesartan gut eingestellt, die Dyslipoproteinämie sei bei niedriger kardiovaskulärer Gesamtrisikokonstellation (AGLA-Score circa 3 %) derzeit nicht behandlungsbedürftig. Nachdem bei Eintritt der Vitamin D-Spiegel noch im Normbereich gelegen habe, finde sich im Austrittslabor ein neu aufgetretener Vitamin D-Mangel (56 nmol/l), so dass der Beschwerdeführerin beim Austritt eine Substitution rezeptiert worden sei. Es werde eine gelegentliche Spiegelkontrolle gegen das Frühjahr empfohlen. Beim Eintritt habe sich ein symptomlos leicht erhöhtes Bilirubin gefunden, das sich im Verlauf normalisiert habe. Möglicherweise liege ein Morbus Meulengracht vor. Aufgrund fehlender therapeutischer Konsequenzen sei auf Abklärungen verzichtet worden (S. 5). Zum Procedere führten die Ärzte aus, die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung werde in der Praxis von M Sc UZH R.____ fortgesetzt. Es werde dem Hausarzt empfohlen, eine Kontrolle des Vitamin D-Spiegels und anschliessende Reevaluation der Substitutionstherapie in zwei bis drei Monaten vorzunehmen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage für die Dauer des stationären Aufenthalts 100 %. Weiterbeurteilungen seien durch die Nachbehandler zu machen, die Beschwerdeführerin sei nicht berufstätig (S. 5). 6.13 Anlässlich der Rückfrage der Beschwerdegegnerin zum psychiatrischen Gutachten aufgrund des Berichts der S.____ vom 11. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) hielt Dr. med. E.____ in seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2016 (IV-Nr. 44) fest, in den anamnestischen Angaben des Austrittsberichts würden die Angaben der Beschwerdeführerin aufgeführt. Die Widersprüche (sich Sorgen um den jüngeren Sohn zu machen und andererseits nicht für ihn da sein zu können, was zur

Kindsplatzierung durch die KESB geführt habe), würden auch während der mehrmonatigen Hospitalisation nicht aufgelöst. Es würden auch keine neuen Erkenntnisse beigebracht, warum der Wiedereingliederungsversuch nicht geklappt habe (als Grund werde in der psychosozialen Entwicklung «mangelnde Belastbarkeit» angegeben). Als Ziel der Hospitalisation werde «Distanzierung von der psychosozialen Belastungssituation» angegeben, wobei leider nicht klar werde, woraus sich die Belastung speise (wenig Abwechslung zu Hause? Haushaltsführung? Panikattacken?). Erweitertes Therapieziel sei medikamentöse Neueinstellung, sowie der Erwerb von Strategien zur Anspannungsregulation und Emotionswahrnehmung. Im Verlauf werde dazu geschildert, dass die Beschwerdeführerin durch den schematherapeutischen Ansatz zwar ein tragfähiges Erklärungsmodell ihrer Persönlichkeitsanteile habe finden können, dass aber soziale Anforderungssituationen zu weiterhin rascher Aktivierung von Überforderungserleben geführt hätten (wobei unklar bleibe, warum das Stresstoleranztraining nach DBT Richtlinien nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe). Am Ende des Austrittsberichts werde lediglich konstatiert, dass eine langjährige Borderlinepersönlichkeitsstörung bestehe, begründet werde dies aber nicht (es könnte ja auch sein, dass die Diagnose nicht stimme und deswegen das Stresstoleranztraining nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe). Bezüglich der Diagnose «rezidivierende depressive Störung» würden ebenfalls keinerlei Angaben gemacht, wie diese diagnostische Einschätzung zustande komme. Es würden in der Anamnese keine entsprechenden Krankheitsepisoden beschrieben, wie lange diese gedauert hätten, ob es Phasen von Normalität dazwischen gegeben habe etc.. Bezüglich der antidepressiven Therapie werde nur gesagt, dass die Beschwerdeführerin diese gut vertragen habe. Ob sich der depressive Zustand der Beschwerdeführerin unter der Medikation verbessert habe, werde nicht berichtet. Auf die Durchführung eines Medikamentenspiegels sei leider verzichtet worden. Was die Klinik unter einer komplexen Angststörung verstehe, werde auch nicht weiter erläutert, es würden aktuell lediglich «hypochondrische Ängste» und «Angst vor Alleinsein» aufgeführt (warum das diagnostisch zur Aufzählung von «agoraphobischen Ängsten» berechtigen solle, sei aus dem Bericht nicht ersichtlich). Die Panikattacken seien im Übrigen rückläufig. Für einen zehnwöchigen Aufenthalt sei der Austrittsbericht insgesamt leider wenig aussagekräftig und führe deshalb auch nicht zu einer anderen versicherungsmedizinischen Einschätzung. Leider werde die Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor und nach dem Klinikaufenthalt nicht thematisiert. Aus dem Bericht entstehe nicht der Eindruck, dass der Aufenthalt in der Klinik dazu genutzt worden sei, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wieder herzustellen, sondern er diene offenbar lediglich der Aufdeckung von unbewussten dysfunktionalen Verhaltensmustern. Inwieweit es sich bei der Etablierung der psychischen Spitex nach der Klinik um eine regressionsfördernde Unterstützung handle (Förderung des sekundären Krankheitsgewinns anstatt Befähigung zur Selbstständigkeit und Unterstützung im Selbstwert), müsse vorläufig offenbleiben. Wenn dem so wäre, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage sei, sich um ihre administrativen Belange zu kümmern, dann müsste klar werden, warum dies so sei. Es liege wahrscheinlich nicht an der depressiven Antriebslosigkeit (diese scheine ja nur noch leicht bis mittelgradig zu sein und werde zudem auch antidepressiv therapiert), sondern es müsse dann an den Persönlichkeitsmerkmalen liegen. Sollte es sich also um eine schwerste Borderlinestörung handeln (oder um irgendeine andere Persönlichkeitsstörung mit schwerer Ausprägung), dann sei diese mit der selbständigen Lebensführung, mit Verantwortung für ein eigenes Haus und in Verantwortung für den in Ausbildung befindlichen Sohn, nicht zu vereinbaren,

was schon im Gutachten diskutiert worden sei. Hier bestehe eben eine deutliche Unstimmigkeit in Bezug auf Einschränkungen in der Freizeit/Haushalt und im Beruf. («Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb [bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich] einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen [z.B. Freizeitgestaltung] andererseits gleich ausgeprägt sei [...]» Punkt 4.4.1 von Urteil 9C_492/2014). Man würde eben nicht erwarten, dass die Beeinträchtigung durch die Borderlinepersönlichkeit bei der Beschwerdeführerin nur selektiv auf den Schwierigkeiten bei administrativen Aufgaben beruhe. 6.14 M Sc UZH R.____ und Dr. med. B.____ nahmen am 21. Januar 2016 zum Psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____ vom 21. Dezember 2015 Stellung (IV-Nr. 47). Nach dem Erheben von kleineren Einwänden (S. 1) führten sie betreffend die Panik und Hypochondrie aus, bei Behandlungsbeginn stünden starke Verunsicherungen über körperliche Symptome im Vordergrund, wobei es der Beschwerdeführerin schwer gefallen sei, diesen Symptomen eine Bedeutung zuzuschreiben bzw. sie mit innerem Erleben zu verbinden. Sie könnten deshalb nachvollziehen, dass Dr. med. E.____ bei der Beschwerdeführerin eine Alexithymie und eine hypochondrische Störung, DD eine undifferenzierte Somatisierungsstörung festhalte. Dennoch treffe ihres Erachtens die Diagnose einer Panikstörung für das damalige Erleben besser zu, weil auch diese somatischen Sorgen sehr fluktuierend gewesen seien, im weiteren Verlauf nicht zu häufigen Arztbesuchen geführt und in erster Linie Panik ausgelöst hätten. So sei die Beschwerdeführerin auch seitens der P.____ eingeschätzt worden (Diagnose einer Panikstörung). Unterdessen seien diese Körpersymptome weniger vorhanden und es könne keine Panikstörung mehr attestiert werden. Unterdessen habe die Beschwerdeführerin gelernt, ihr emotionales Erleben besser wahrzunehmen und davon zu sprechen, was dazu geführt zu haben scheine, dass sie erstens nicht mehr zu «somatisieren» brauche und zweitens keine somatisch ausgelöste Panik mehr erlebe. Dr. med. E.____ überlade ihres Empfindens nach das Konzept «undifferenzierte Somatisierungsstörung» mit Symptomen, die sie der Borderline-Problematik zuordnen würden. Auch die Depressivität der Beschwerdeführerin habe sich im Verlauf als sehr schwankend gezeigt, halte aber bis auf den heutigen Tag an. Sie sähen sich bestätigt in der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit dazwischen dysthymen Zuständen. Im Unterschied zu Dr. med. E.____ und ihren früheren Diagnosen möchten sie festhalten: diese Zustände seien im anamnestischen Überblick wiederholt aufgetreten (rezidivierend) und könnten auch das Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode annehmen (S. 2). Insgesamt könne damit auf der affektiven Ebene eine gewisse Verschiebung von einer Angststörung zu einer depressiven Störung festgestellt werden. Dies scheine aber vor allem Ausdruck einer zunehmenden Störungsbewusstheit zu sein bzw. einer verminderten Verdrängungsfähigkeit. Wiederholt habe die Beschwerdeführerin betont, «nicht gelebt» zu haben, «keinen Anteil» zu nehmen etc.. Sie vermuteten, dass sie damit das bis zu ihrem Zusammenbruch 2013 vorherrschende Erleben einer teilweise abgespaltenen konfliktiven Emotionalität meine, das sich 2013 zuerst in Ängsten und schliesslich in depressivem Befinden Bahn gebrochen habe, im Grunde aber seit der Jugendzeit latent und teilweise offensichtlich vorhanden gewesen sei (S. 3). Betreffend die Persönlichkeitsstörung wurde festgehalten, Dr. med. E.____ setze sich in seinem Gutachten mit der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ausführlich auseinander, was sehr unterstützt werde, weil die Beschwerdeführerin mit den affektiven Diagnosen alleine unzureichend verstanden würde. Die von Dr. med. E.____ festgehaltenen Akzente (schizoid, negativistisch, dependent, selbstunsicher, z.B. S. 12)

könnten sie allerdings nur teilweise unterstützen. Es könne bspw. keine Dependenz festgestellt werden und «schizoid» und «selbstunsicher» würden die Patientin nicht wesentlich treffen. Wesentlicher erscheine bei ihr folgendes Syndrom, das die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erlaube: Verlassenheitsängste (Krise nach Wegnahme des Sohnes und befürchtetem Verlust des Vaters im März 2013, wiederholte Krisen nach Treffen mit Geliebtem), instabile Selbstwahrnehmung, impulsiver Umgang mit Nahrung und Benzodiazepinen, Suizidalität in Form von angedeuteten Plänen, Selbstverletzungen durch Kratzen, launische Stimmung, innere Leere, kaum aushaltbare Anspannung, Misstrauen, frühes sich anderen «fremd» fühlen (S. 3 f.). Die Konzeption der Borderline-Störung als einer Emotionsregulationsstörung würde gut auf die Beschwerdeführerin zutreffen. Sie erinnere sich im Übrigen auch an langjährigen sexuellen Missbrauch durch den Vater. Typisch seien schliesslich die Suggestibilität und esoterische Neigung der Beschwerdeführerin. Nicht vorhanden seien bei ihr Streitereien und ausagierte Wutanfälle, wobei sie sehr wohl starke Wut verspüren könne, diese aber – vermutlich traumatisch bedingt – gehemmt werde. Die Unterstellung von Dr. med. E.____, sie würden diese Diagnose lediglich auf das Kratzen der Beschwerdeführerin abstellen, sei unstatthaft. Sie gingen auch nicht davon aus, dass die Persönlichkeitsstörung erst im Erwachsenenalter entwickelt worden sei. Auch seitens der F.____ werde auf dem Hintergrund des Erlebens der Beschwerdeführerin diese Diagnose gestellt. Sie gingen also entgegen Dr. med. E.____ sehr wohl von konsistenten Persönlichkeitsmerkmalen aus, die sich allerdings seit der Dekompensation 2013 anders ausdrücken würden. Beim im Austrittsbericht der P.____ festgehaltenen Zusammenbruch 2003 handle es sich um einen Schreibfehler. Es sollte 2013 heissen. Sie fänden es nachvollziehbar, den «Nervenzusammenbruch» als Dekompensation der bisherigen emotionalen Blockierung aufzufassen, was sich zuerst in panikauslösenden somatischen Symptomen und zunehmend in depressivem Erleben ausgedrückt habe. Der im Sinne der Panikattacken 2013 gut dokumentierte «Nervenzusammenbruch» werde von der Beschwerdeführerin vermutlich nicht zufällig mit dem angedrohten Entzug des Sohnes und mit dem seitens einer esoterischen Kursleiterin angedrohten Tod des Vaters in Zusammenhang gebracht. Es mache durchaus Sinn, dass sie auf den vorgestellten Tod des Vaters, der sie einst vergöttert und dann fallen gelassen und in der Erinnerung der Beschwerdeführerin sexuell missbraucht habe, konfliktiv und emotionsregulatorisch überfordert reagiert habe. Ähnliches gelte für den Entzug des «Problemsohnes» (S. 4). Betreffend die Arbeitsfähigkeit seien sie grundsätzlich derselben Ansicht wie Dr. med. E.____: Arbeit sei viel mehr als ein Gelderwerb, ermögliche bspw. wichtige Erfahrungen hinsichtlich sozialem Miteinander und Selbstwert. Deshalb hätten sie auch frühere Arbeitsversuche unterstützt. Sie könnten auch bei der Patientin ein gut ausgeprägtes Tätigkeitsmotiv feststellen. Wie der Verlauf allerdings gezeigt habe, sei ihre Einschätzung und Hoffnung zu optimistisch gewesen. Aufgrund ihrer von Dr. med. E.____ verschiedenen diagnostischen Beurteilung sei es unterdessen plausibel, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der seit März 2013 aufgebrochenen bzw. ihr zunehmend bewusst gewordenen dysfunktionalen emotionalen Konfliktdynamik im Arbeitsumfeld äusserst störungsanfällig geworden sei. Im Unterschied zu ihrer vorehelichen Zeit gelinge es ihr nicht mehr, «einfach nur zu funktionieren». Die bei der Beschwerdeführerin gynäkologisch festgestellte hormonelle Abänderung möge die emotionale Dysregulation noch zusätzlich verstärkt zu haben. Wiedereingliederungsmassnahmen möchten sie nicht ausschliessen, sie sollten aber aktuell sehr sorgfältig gestaltet werden. Eine Arbeitsfähigkeit von 70 % wie von Dr. med. E.____ propagiert sei ihrem Ermessen nach illusorisch. Ein Wiedereingliederungsversuch

sollte aktuell bei nicht mehr als 30 % Arbeitsfähigkeit beginnen (S. 4 f.). Die Beschwerdeführerin meine, sie habe während der Befragung durch Dr. med. E.____ gezittert und sei wie neben sich gestanden. Sie sei 20 Minuten warten gelassen worden, was sie verunsichert habe und sie habe Dr. med. E.____ als unsympathisch erlebt, was sie üblicherweise dazu bringe, sich zu verschliessen. Sie könne allerdings nicht mehr sagen, was sei damals geäussert habe, sie habe einfach geplappert. Bei der Beschwerdeführerin könne keine Aggravation festgestellt werden (Andeutungen im Gutachten S. 16), vielmehr eine grosse Rat- und Hilflosigkeit. Intensiv hätten sie die Mühe der Patientin erfahren, sich auf einen vertrauensvollen Kontakt einzulassen. Sie habe grosse Mühe damit, sich persönlich jemandem anzuvertrauen. Es sei davon auszugehen, dass sie sich deshalb Dr. med. E.____ nur bedingt offen und wenig authentisch habe mitteilen können, was für einige von ihm festgestellte Inkonsistenzen verantwortlich zeichnen dürfte (S. 5).

6.15 Med. pract. D.____, RAD, hielt in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 17. Februar 2016 (IV-Nr. 51) fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____ vom 21. Dezember 2015 erweise sich als schlüssig umfassend und nachvollziehbar. Die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit könne infolgedessen übernommen werden. Den Einwänden des behandelnden Psychiaters zur gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit könne nicht gefolgt werden, da die diesbezügliche Argumentation; «dass die Patientin aufgrund der seit März 2013 aufgebrochenen, bzw. ihr zunehmend bewusst gewordenen dysfunktionalen emotionalen Konfliktdynamik im Arbeitsumfeld äusserst störungsanfällig geworden sei», nicht ausreiche, die Argumentation des Gutachters über die bestehenden Inkonsistenzen zwischen Privatleben und Beruf zu entkräften. In seinem Arztbericht vom 22. August 2014 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) habe der behandelnde Psychiater (auf der letzten Seite im zweitletzten Abschnitt) festgehalten, dass «die Problematik einer psychotherapeutischen Behandlung zugänglich und damit überwindbar sein sollte» und privat Ressourcen erwähnt, nämlich «dass er jenseits dieser Problematik mit der Patientin eine hohe Leistungsbereitschaft und -fähigkeit vermute, bei Einsatz als erfolgreiche Leistungssportlerin (Nationalteam Landhockey) und Mutter». Aufgrund seiner eigenen Vorinformationen und dem schlüssigen Gutachten könne seine nachträgliche nun anders lautende Beurteilung, in welcher er den ungünstigen Reintegrationsverlauf ohne weiteres einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit zuschreibe, nicht übernommen werden. Die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin/Kundenbetreuung laute von 11. März 2013 bis Ende September 2013 100 %, seither bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Betreffend eine angepasste Verweistätigkeit bestünden keine besonderen Anforderungen an den Arbeitsplatz. Jedoch sollten keine erhöhten Ansprüche an die soziale Kompetenz gefordert werden. Eine Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt sei nicht nachvollziehbar.

6.16 Im Abklärungsbericht Haushalt vom 11. April 2016 (IV-Nr. 52) führte die Abklärungsfachfrau G.____ aus, die Beschwerdeführerin habe vor dem Eintreten des Gesundheitsschadens eine Bürolehre abgeschlossen und als Sachbearbeiterin im 44 %-Pensum beim J.____ gearbeitet. Sie würde ohne Behinderung eine Erwerbstätigkeit ausüben und habe beim Früherfassungsgespräch angegeben, dass sie ihr Pensum aus finanziellen Gründen aufgestockt habe, auf 60 - 70 %. Beim Verlag hätte dies nicht realisiert werden können, sie hätte eine andere Stelle suchen müssen. Es sei nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin heute aus finanziellen Gründen in einem Pensum von 60 - 70 % arbeiten würde. Die Söhne seien nicht mehr auf Betreuung angewiesen. Der Status sei 65 % Erwerbstätigkeit : 35 % Haushaltstätigkeit. Ihr sei die Stelle auf Februar 2015 gekündigt

worden, sie habe bis im Juni 2014 gearbeitet. Danach habe sie noch stundenweise Arbeitsversuche beim J. ___ gemacht, die aber dann abgebrochen worden seien (S. 3). Im Rahmen der Invaliditätsbemessung errechnete die Abklärungsfachfrau einen Gesamtinvaliditätsgrad von 2,1 %. Unter dem Titel «Bemerkungen» hielt sie zudem fest, die beiden erwachsenen Söhne spielten beide engagiert Fussball und seien viel weg, zum Training, an Spielen. Beide hätten keinen Fahrausweis, der ältere Sohn studiere in Basel, beide seien mit dem ÖV unterwegs. Die Söhne könnten kochen, wie die Beschwerdeführerin erkläre, würden sie am Wochenende gemeinsam kochen und essen, wenn es passe. Eine Psychiatriespitex-Unterstützung habe sie nach dem S. ___ Aufenthalt circa drei Monate bekommen, einmal pro Woche. Heute sei sie froh, um die Unterstützung durch die T. ___ bei den administrativen Angelegenheiten. In der Garage, die separat beim Haus stehe, lagere sie heute ihre Arbeiten, Malutensilien etc.. Früher sei dies ein Spielzimmer für die Kinder gewesen, heute eher ein Werkraum. 6.17 Med. pract. D. ___, RAD, hielt in ihrer versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 25. August 2016 (IV-Nr. 66) zum Einwand vom 7. Juli 2016 (IV-Nr. 64) fest, die Angaben in der Haushaltabklärung vor Ort würden mit den Angaben der ersten Stunde im Intake-Gespräch vom 9. Juli 2013 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) korrelieren, wo die Beschwerdeführerin ebenfalls zu Protokoll gegeben habe, dass sie im Gesundheitsfall 60 - 70 % arbeiten würde. Der Anwalt vermische Aussagen des psychiatrischen Gutachters zur Zumutbarkeit von beruflichen Massnahmen und zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Unter 7.3.1 werde klar dokumentiert, dass aus psychiatrischer Sicht insgesamt eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Dies werde ausserdem unter Punkt 7.1 und dann 7.2 gleichfalls festgestellt und im Gutachten vorgängig unter Punkt 5.3 nachvollziehbar hergeleitet. Es werde ausserdem argumentiert, dass der Gutachter empfohlen habe, die Arbeitsfähigkeit durch berufliche Massnahmen zu testen: Im Gutachten werde ausführlich beschrieben, dass berufliche Massnahmen sinnvoll wären, aber nur durchgeführt werden könnten, wenn die Beschwerdeführerin entsprechend motiviert sei, wovon er sich im Gutachten selbst nicht habe überzeugen können. Dazu habe er ja erwähnt, dass es einige Inkonsistenzen gegeben habe und sich die Beschwerdeführerin selbst weniger arbeitsfähig gesehen habe, als dies gutachterlich habe anerkannt werden können. Der Austrittsbericht des Klinikaufenthalts in der S. ___ vom 11. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) sei dem Gutachter zur ergänzenden Stellungnahme vorgelegt worden, mit der Frage, ob sich dadurch etwas an seiner Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit verändere. In dieser Stellungnahme vom 6. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) werde nachvollziehbar und begründet dargelegt, warum dies nicht der Fall sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht halte sie an der Stellungnahme vom 17. Februar 2016 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) fest. 6.18 Die Abklärungsfachfrau G. ___ hielt in der «Stellungnahme zum Einwand» vom 25. August 2016 (IV-Nr. 67) betreffend die Anwendung der gemischten Methode bei Personen fest, in einer Antwort auf ein Postulat habe der Bundesrat festgehalten, dass in der IV immer ein 100 % Pensum versichert sei, womit Personen mit einem (freiwillig) reduzierten Arbeitspensum grundsätzlich nach der gemischten Methode beurteilt werden müssten. Er stütze sich dabei auf das Urteil BGE 141 V 15. Das Bundesgericht habe darin festgehalten, dass Erwerbstätigkeit und nichterwerbliche Aufgaben in dem Sinne komplementär seien, als was nicht Erwerbstätig sei, unter die Besorgungen des Haushaltes falle, womit die beiden Bereiche zusammen einen Wert von 100 % ergäben. Zur Haushaltabklärung/Befragung vom 8. April 2016 wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe seit Februar 2006 beim J. ___ gearbeitet immer im gleichen

Pensum, 44 %. Sie mache bei der Befragung am 9. Juli 2013 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) geltend, dass sie ihr Arbeitspensum ohne gesundheitliche Einschränkung seit der Scheidung im Oktober 2011 gern aufgestockt hätte auf 60 - 70 %. Sie gebe auch an, dass sie noch nie einen Lebenslauf geschrieben, immer gearbeitet habe, ausser während der Zeit, wo sie Mutter und Familienfrau gewesen sei. Mit anderen Worten habe sie nach dieser Arbeitspause den Wiedereinstieg ins Berufsleben mit dem 44 % Pensum geschafft und seither im gleichbleibenden Pensum gearbeitet. Eine andere Stelle, wo sie ein höheres Pensum hätte verwirklichen können, weil ihr dies beim J.____ nicht möglich gewesen sei, habe sie nie gesucht. Wie sie selber sage, habe sie nie einen Lebenslauf oder eine Bewerbung von sich aus gemacht. Seit Oktober 2011 (Scheidung) oder früher schon wäre ihr dies möglich gewesen, der gesundheitliche Einbruch sei erst ab März 2013 erfolgt. Dass sie ein höheres Pensum hätte realisieren wollen aus finanziellen Gründen sei nicht abzuspochen und sei auch als realistisch angenommen worden. Ihre eigene Aussage (Aussage der ersten Stunde), dass sie 60 - 70 % arbeiten würde, sei als «mit der grösstmöglichen Wahrscheinlichkeit» richtig anerkannt worden. Dass dies gleich ein Vollpensum gewesen wäre, sei nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin habe seit 2006 im Teilzeitpensum gearbeitet und sich um keine andere Stelle je bemüht. Dazu komme, dass sie gerade wegen den Problemen, Scheidung, Söhne in Ausbildung, älteres pflegeintensives Haus (vier Zimmer auf zwei Stockwerken), Garten mit Umschwung, eine ältere Garage separat beim Haus, den sie als Werkraum nutze, die Haustiere Katze und einen grossen Hund (Labrador), der ausgeführt werden müsse etc., aus Sicht der Abklärungsfachfrau nicht 100 % gearbeitet hätte. Das habe sie auch während ihres Besuchs bei ihr nicht geltend gemacht. Von einer Überforderung während des Gesprächs bei ihr zuhause könne nicht ausgegangen werden, Frau U.____ von der T.____ sei ebenfalls anwesend gewesen und habe sie unterstützt. Daher werde am Status 65 % Erwerbstätigkeit : 35 % Haushaltstätigkeit festgehalten. Es werde beantragt, am Vorbescheid vom 14. April 2016 festzuhalten. 7. Da die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 21. Dezember 2016 im Wesentlichen auf das Psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____ vom 21. Dezember 2015 (vgl. II. E. 6.11 hiervor) abstellt, ist zunächst zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt: 7.1 Das von Dr. med. E.____ erstellte Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 4.2 hiervor) gerecht. So wurde die Beschwerdeführerin am 10. Juli 2015 (vgl. IV-Nr. 41.1 S. 1) einer ausführlichen Exploration unterzogen, womit auch ihre geklagten Beschwerden in die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. E.____ mit eingeflossen sind (S. 5 ff.). Zudem wurde der Psychostatus der Beschwerdeführerin erhoben, in dessen Rahmen ein Status nach AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) erhoben wurde, und es fanden diverse testpsychologische Abklärungen statt (S. 10 ff.). Damit beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Ausserdem wurden beim behandelnden Psychologen M Sc UZH R.____ am 29. Juli 2015 telefonisch Fremdauskünfte eingeholt (S. 14 f.). Durch das Auflisten der für die psychiatrische Begutachtung relevanten Akten ab dem 3. Mai 2013 in chronologischer Reihenfolge wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So legt Dr. med. E.____ überzeugend dar, es handle sich bei der Beschwerdeführerin um ein nicht ganz leicht einzuordnendes Beschwerdebild, das zudem durch verschiedene Inkonsistenzen auffalle. Diese seien entweder Teil einer komplexen Persönlichkeitsstruktur, es müsse aber auch an eine

bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz gedacht werden. Zumindest müsse noch diskutiert werden, ob die Persönlichkeitsmerkmale der Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit affizieren würden oder nicht. Diese Ausführungen erscheinen unter Heranziehung der nachfolgenden Darlegungen plausibel. So gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration an, eigentlich ein schönes Leben gehabt zu haben, solange die Kinder noch klein gewesen seien (S. 8 f.). Sie habe sich nur mit den Kindern beschäftigt und das Zusammensein mit ihnen habe ihr völlig ausgereicht. Sie sei von 1996 bis 2007 als Hausfrau und Mutter zu Hause geblieben (S. 6). Aufgrund dieser Schilderungen vermag die anschliessende Darlegung betreffend den jüngeren Sohn nicht ohne weiteres einzuleuchten. Er habe wegen Schulverweigerung zunehmend Probleme bereitet, wobei die Probleme bereits in der ersten Klasse angefangen hätten und ihr auch mitgeteilt worden seien (S. 6). Sie habe sich aber nicht darum kümmern können. Es leuchtet daher ein, wenn Dr. med. E.____ in diesem Zusammenhang festhält und diskutiert (S. 16), es sei nicht verständlich, warum sie sich damals nicht um den Sohn habe kümmern können. Würde man annehmen, sie habe es nicht gekonnt, weil sie damals unter einer schweren psychischen Pathologie gelitten habe, hätte diese irgendwann auffallen müssen. Tatsächlich habe die Beschwerdeführerin jedoch fast 20 Jahre gearbeitet, bevor sie sich entschlossen habe, als Hausfrau und Mutter zu Hause zu bleiben. Zum diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin, dass sie schon immer auffällige Persönlichkeitsmerkmale gehabt habe, die sich nur deshalb nicht auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hätten, weil sie zu kurz angestellt gewesen sei, hält Dr. med. E.____ fest, dies sei weder wirklich glaubhaft noch nachvollziehbar. Seine Einschätzung überzeugt, da entsprechende Hinweise betreffend die Argumentation der Beschwerdeführerin aus den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen sind. Zur Ausführung der Beschwerdeführerin, sie habe sich 2008 von ihrem Ehemann getrennt, ohne dass es zu geschilderten Spannungen gekommen sei, legt Dr. med. E.____ überzeugend dar, sie berichte eigenartig distanziert, dass man sich auseinandergelebt habe und bemerke dazu fast lapidar, dass sie beziehungsunfähig sei und seit der Kindheit verlernt habe, ihre Gefühle zu benennen (S. 16). Diese emotionale Kälte sei auch heute – trotz der starken inneren Unruhe – bei der Untersuchung spürbar und weise eben doch auf das Vorhandensein von auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen hin (in diesem Fall auf einen schizoiden Aspekt). Offenbar hätten jedenfalls die Trennung vom Ehemann und die Scheidung 2011 nicht zu weiteren psychischen Belastungen geführt und die Diagnose des behandelnden Psychiaters («Familienzerrüttung durch Trennung») scheine eher für den Ehemann zuzutreffen als für die Beschwerdeführerin (S. 17). Diese Beurteilung erscheint schlüssig, da die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. E.____ schildert, die Trennung sei von ihr ausgegangen, der Ehemann habe diese nicht verstanden und nur schwer verkraftet (S. 6). Es erscheint ferner plausibel, wenn Dr. med. E.____ aufgrund des durch die Beschwerdeführerin geschilderten «Nervenzusammenbruchs» anlässlich der Kindsplatzierung (2012) darlegt, es sei nicht ganz nachvollziehbar, dass die Unterbringung des Sohnes in einem Heim für sie ein traumatisches Erlebnis gewesen sei, wenn man zugrunde lege, dass sie unter einer «Alexithymie» leide (S. 17), also an einer Unfähigkeit, die eigenen Gefühle zu lesen und zu deuten und die oben beschriebene emotionale Kälte (als schizoiden Teilaspekt einer Persönlichkeitsakzentuierung) annehme. Es sei auch nicht erklärlich, wie es überhaupt zu dieser Platzierung gekommen sei. Die Beschwerdeführerin gebe dazu keine Stellungnahme ab (S. 17). Diese Darlegung kann verifiziert werden, da die Beschwerdeführerin in der gutachterlichen Exploration auf die Frage, wie es dazu gekommen sei, dass sich die KESB in ihr Leben eingemischt habe (S. 8), einzig berichte,

die Probleme ihres Sohnes hätten schon in der ersten Klasse (circa 2005) angefangen, die Schule habe dies ihr gegenüber kommuniziert, aber sie habe sich nicht darum kümmern können (S. 8). Sie erkläre lediglich, dass sie die schulischen Probleme ihres Sohnes nicht wahrgenommen habe. Gleichwohl sehe sie in der Fremdplatzierung den Grund für ihre damalige und anhaltende Arbeitsunfähigkeit (S. 17). Diese Schlussfolgerung erscheint aufgrund der Ausführungen der Beschwerdeführerin zur Selbsteinschätzung zur Arbeitsfähigkeit begreiflich, indem die Kindsplatzierung einen Nervenzusammenbruch nach sich gezogen habe, von dem sie sich nicht mehr erholte. Die starke innere Unruhe und Ängste hätten sich verselbständigt, sie habe keinerlei Kontrolle darüber, deshalb hätte auch die Wiedereingliederung nicht funktioniert (S. 10 oben). Gemäss einleuchtender Darlegung von Dr. med. E.____ hätten sich indes bis im März 2013 offenbar keine psychischen Auffälligkeiten eingestellt (ein Facharzt sei den Akten nach nicht konsultiert worden). Ferner legt Dr. med. E.____ dar, man sei sich in der Feststellung einig, dass sich die Beschwerdeführerin offenbar Schmerzen zuführen müsse. Aktuell bemerke man ein ständiges sich Kratzen an den Unterarmen. Zu der durch den behandelnden Psychiater in seinem Arztbericht vom März 2015 gestellten Verdachtsdiagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung führt Dr. med. E.____ in überzeugender Weise aus, es sei nicht einsichtig, dass die Beschwerdeführerin im Erwachsenenalter eine solche entwickelt haben soll und als einziges Element dazu das selbstschädigende Verhalten der Beschwerdeführerin aufgeführt werden könne. Es wären weitere Merkmale nötig (und hätten dann mit den schizoiden Aspekten nichts zu tun), um eine derartige Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren (S. 18). Diese Beurteilungen überzeugen aufgrund der weitgehend unauffälligen Biographie der Beschwerdeführerin (S. 5 ff.). Damit kommt dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____ vom 21. Dezember 2015 und insbesondere seiner Befund- und Diagnosestellung grundsätzlich voller Beweiswert zu.

7.2 Nachfolgend ist sodann zu prüfen, ob das grundsätzlich voll beweiswertige Gutachten durch die übrigen medizinischen Berichte allenfalls geschmälert wird.

7.2.1 Die Diagnose einer «Panikstörung nach ICD-10 F41.1», wurde auch in den übrigen medizinischen Akten festgestellt (vgl. E. II. 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, 6.10 hiervor) und im Rahmen des Gutachtens von Dr. med. E.____ bestätigt. So führte er aus, mit grosser Wahrscheinlichkeit liege bei der Beschwerdeführerin eine Panikstörung vor (IV-Nr. 41.1 S. 20). Damit sind sich die Ärzte in Bezug auf diese Diagnosestellung einig und es ist darauf nicht weiter einzugehen.

7.2.2 In Bezug auf die in den medizinischen Vorakten (vgl. E. II. 6.6, 6.7, 6.8, 6.10 hiervor) festgestellten Diagnosen von «angsterregenden Erlebnissen in der Kindheit (ICD-10 Z61.7)», «Familienzerrüttung durch Trennung (ICD-10 Z63.5)», «jüngerer Sohn mit schweren Erkrankungen und grossen Schulproblemen belastend (ICD-10 Z63.8)» sowie «akzentuierte Borderline-Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)» kann festgehalten werden, dass es sich hierbei um sogenannte ICD-10-Z-Kodierungen handelt, die rechtsprechungsgemäss keine invaliditätsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung darstellen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1, 9C_605/2012 vom 23. Januar 2013 E. 3.3). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass Dr. med. E.____ in seinem Psychiatrischen Gutachten die «angsterregenden Erlebnisse in der Kindheit (ICD-10 Z61.7)» als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auswies. Der Beweiswert seines Gutachtens wird dadurch jedenfalls nicht geschmälert.

7.2.3 In Bezug auf die durch den behandelnden Psychologen M Sc UZH R.____ und den behandelnden Psychiater Dr. med. B.____ im Bericht vom 6. November 2013 erstmals ausgewiesene Diagnose einer «mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1)» (vgl. E. II. 6.6

hiervor), lässt sich zunächst festhalten, dass Dr. med. B.____ diese Diagnose anschliessend auch in den Arztberichten vom 22. August 2014 und 14. März 2015 (vgl. E. II. 6.7, 6.10 hiervor) festhielt, wobei er diese dahingehend präziserte, als sie ab Herbst 2012 bestehe. Er ging indes nicht näher auf diese Diagnose ein. Dr. med. E.____ führte diesbezüglich aus, es liege aktuell bei der Beschwerdeführerin weder eine affektive Psychose noch eine affektive Erkrankung vor, ausser einer dysthymen Grundstimmung, die aber an und für sich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe (IV-Nr. 41.1 S. 18). Aufgrund dieser Ausführungen ist davon auszugehen, dass im Zeitpunkt des Gutachtens vom 21. Dezember 2015 eine mittelgradige depressive Episode nicht bestätigt werden konnte. Dies lässt sich aufgrund der im Rahmen des Gutachtens durchgeführten Testverfahren denn auch verifizieren: So wurden mit der Hamilton Depressionsskala (HAMD) 19 Punkte [recte: 20 Punkte] erreicht, was auf das Vorliegen leichter depressiver Symptome hinweise, die durchgehenden Charakter hätten und es bestehe kein Hinweis auf ein phasisches Geschehen. Eigentliche depressive Symptome (Traurigkeit) beständen nicht, die Einstufung erfolge im Wesentlichen aufgrund von starken Angstsymptomen, Schlafstörungen, Hypochondrie und Tagesschwankungen (im Rahmen eines somatischen Syndroms, IV-Nr. 41.1 S. 13). Die Einschätzung von Dr. med. E.____ kann auch durch die Feststellungen im Rahmen des erhobenen Psychostatus während der Exploration gestützt werden (IV-Nr. 41.1 S. 10 f.). So habe die Beschwerdeführerin auf die gestellten Fragen adäquat Auskunft gegeben, habe sich bewusstseinsklar und voll orientiert zu Ort, Zeit und Situation gezeigt und es hätten keine Einschränkungen zur Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit festgestellt werden können. Die kognitive Begabung liege nach dem klinischen Eindruck im Normbereich. Auch gegen Ende der Untersuchung habe die Konzentration nicht abgenommen. Es hätten sich inhaltlich weder Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen oder Halluzinationen noch auf eine psychotische Störung des Ich-Erlebens (Depersonalisation oder Derealisation) oder Zwänge gefunden. Da sich affektiv eine vermindert schwingungsfähige, eher dysthyme, klagsame und ängstliche Beschwerdeführerin zeige und sich ihre starke innere Anspannung und Aufregung in häufigem Kratzen an den Unterarmen zeige, sie über eine allgemeine Alexithymie (Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken und zu empfinden) berichte, erscheint nachvollziehbar, dass Dr. med. E.____ die Diagnose einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie die Differenzialdiagnose einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) stellte, welchen indes keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zukämen. Damit wird der Beweiswert seines Gutachtens nicht verringert.

7.2.4 Auf die im Arztbericht vom 14. März 2015 durch Dr. med. B.____ (vgl. E. II. 6.10 hiervor) ausgewiesene Verdachtsdiagnose eines Status nach ADS als Kind (ICD-10 F90.0), seit dem Schulalter, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, ging Dr. med. E.____ nur kurz ein, indem er darlegte, es bestehe die Differenzialdiagnose zu einer schizoiden Persönlichkeitsstörung in der Abgrenzung zur Schizophrenie oder einem Asperger Syndrom, aber «eher nicht zu einem ADS Syndrom», wie der behandelnde Psychiater im Bericht vom März 2015 vermute (IV-Nr. 41.1 S. 19). Damit hat er diese Verdachtsdiagnose kurz diskutiert und verneint. Eine Minderung des Beweiswerts des Gutachtens liegt nicht vor.

7.3 Einzugehen ist nachfolgend sowohl auf den Austrittsbericht der S.____ vom 11. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.12 hiervor), welcher der Beschwerdegegnerin am 28. Dezember 2015 und somit erst nach Verfassen des Psychiatrischen Gutachtens zugegangen ist, als auch auf die Stellungnahme von M Sc UZH R.____ und Dr. med. B.____ vom 21. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.14 hiervor). Wie nachfolgend darzulegen ist, vermögen

jedoch auch diese Berichte die beweiswertigen Diagnosestellungen und Befunderhebungen von Dr. med. E.____ nicht zu schmälern. 7.3.1 Es ist augenfällig, dass im Austrittsbericht der S.____ vom 11. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) betreffend die Diagnosestellung keine Unterscheidung zwischen Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgenommen wurde. Dies stellte denn auch Dr. med. E.____ anlässlich seiner Stellungnahme zu diesem Bericht vom 6. Januar 2016 fest (vgl. E. II. 6.13 hiervor), indem er darlegte, dass die Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor und nach dem Klinikaufenthalt leider nicht thematisiert worden sei. Dem Austrittsbericht ist diesbezüglich denn auch einzig zu entnehmen, dass während der Dauer des stationären Aufenthalts eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden habe. Weitere Angaben bzw. eine substantiierte Auseinandersetzung mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich indes nicht. Auf die im Austrittsbericht ausgewiesenen Diagnosen einer «rezidivierenden depressiven Störung, bei Austritt leicht bis mittelschwer (ICD-10 F33.19)» sowie einer «Borderline Persönlichkeitsstörung mit Auftreten von Gefühlsüberflutungen und dysphorischen depressiven Stimmungseinbrüchen und selbstverletzendem Verhalten (ICD-10 F60.31)» gingen die Ärzte der S.____ nicht näher ein, sondern sprachen einzig von einer «langjährigen» Borderlinepersönlichkeitsstörung. So bleibt fraglich, auf welche Befunde sie diese konkret stützen. Dies hielt auch Dr. med. E.____ im Rahmen seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2016 fest (vgl. E. II. 6.13 hiervor), indem er ausführte, die Konstatierung, wonach eine langjährige Borderlinepersönlichkeitsstörung bestehe, werde nicht begründet. Es könne ja auch sein, dass die Diagnose nicht stimme und deswegen das Stresstoleranztraining nicht den gewünschten Erfolg gezeigt habe. Weiter führte er in einleuchtender Weise aus, dass eine schwerste Borderlinestörung mit einer selbständigen Lebensführung, Verantwortung für ein Haus und für den in Ausbildung befindlichen Sohn nicht zu vereinbaren wäre. Dies gelte auch für die rezidivierende depressive Störung. So würden auch diesbezüglich keinerlei Angaben gemacht, wie diese diagnostische Einschätzung zustande komme. In der Anamnese würden keine entsprechenden Krankheitsepisoden beschrieben, wie lange diese gedauert hätten, ob es Phasen von Normalität dazwischen gegeben habe etc.. Es sei auch nicht ersichtlich, ob sich der depressive Zustand unter der antidepressiven Medikation verbessert habe und es sei leider auf die Durchführung eines Medikamentenspiegels verzichtet worden. Diese Ausführungen sind korrekt. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die im Bericht der S.____ ebenfalls diagnostizierte «komplexe Angststörung». Auch hier fehlt es an einer dezidierten Auseinandersetzung mit dieser Diagnose. Dementsprechend hielt denn auch Dr. med. E.____ fest, es werde nicht erläutert, was die F.____ darunter verstehe. Aktuell würden lediglich «hypochondrische Ängste» und «Angst vor Alleinsein» aufgeführt. Damit vermag auch diese Diagnosestellung nicht zu überzeugen. Somit vermag der Austrittsbericht der S.____ vom 11. Dezember 2015 die beweiswertigen Ausführungen und insbesondere die diagnostischen Einschätzungen von Dr. med. E.____ in seinem Psychiatrischen Gutachten vom 21. Dezember 2015 nicht zu schmälern. In diesem Sinn führte denn auch bereits die RAD-Ärztin med. pract. D.____ in ihrer Stellungnahme vom 17. Februar 2016 aus (vgl. E. II. 6.15 hiervor), den Einwänden des behandelnden Psychiaters zur gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit könne nicht gefolgt werden. So habe der behandelnde Psychiater noch im Arztbericht vom 22. August 2014 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) festgehalten, die Problematik sei einer psychotherapeutischen Behandlung zugänglich und damit überwindbar und es seien private Ressourcen vorhanden (vermutete hohe Leistungsbereitschaft und -fähigkeit, bei Einsatz als erfolgreiche Leistungssportlerin

[Nationalteam Landhockey] und Mutter). Daher könne seine nun anderslautende Beurteilung, wonach er den ungünstigen Reintegrationsverlauf ohne weiteres einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit zuschreibe, nicht übernommen werden. Diese Ausführungen erscheinen überzeugend. Ihnen kann gefolgt werden. 7.3.2 Einzugehen ist ferner auf die Stellungnahme des die Beschwerdeführerin behandelnden Psychologen M Sc UZH R.____ und des behandelnden Psychiaters Dr. med. B.____ vom 21. Januar 2016 betreffend das Psychiatrische Gutachten (vgl. E. II. 6.14 hiervor). Sie stimmen mit der Beurteilung von Dr. med. E.____ dahingehend überein, als sie seine Diagnosestellungen sowohl einer Alexithymie als auch einer hypochondrischen Störung, DD einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, nachvollziehen können. Ihre weitere Ausführung, wonach ihres Erachtens eine Panikstörung eher zutreffen würde, diese aber heute nicht mehr attestiert werden könne, weil die Beschwerdeführerin gelernt habe, ihr emotionales Erleben besser wahrzunehmen und davon zu sprechen, was dazu geführt habe, dass sie nicht mehr zu somatisieren brauche und zudem auch keine somatische ausgelöste Panik mehr erleide, vermag daran nichts zu ändern, zumal Dr. med. E.____ in seinem Gutachten auf die auch von ihm diagnostizierte Panikstörung eingeht. Daraus kann geschlossen werden, dass sie den Beurteilungen von Dr. med. E.____ insoweit zustimmen. In diesem Sinne ist denn auch ihr weiteres Vorbringen zu verstehen, wonach Dr. med. E.____ ihrer Meinung nach das Konzept undifferenzierter Somatisierungsstörungen mit Symptomen überlade, die sie der Borderlinepersönlichkeitsstörung zuordnen würden. Es ist aufgrund dieser Formulierung von einer anderen Beurteilung des in wesentlichen Punkten gleichen medizinischen Sachverhalts auszugehen. Ansonsten vermögen die behandelnden Ärzte (Psychologe/Psychiater) in ihrer Stellungnahme nicht überzeugend darzutun, weshalb es sich ihrer Ansicht nach bei der Beschwerdeführerin um eine rezidivierende depressive Störung mit dazwischen dysthymen Zuständen handle. So halten sie diesbezüglich einzig fest, diese Zustände seien anamnestic wiederholt (rezidivierend) aufgetreten und könnten auch das Ausmass einer mittelgradigen depressiven Störung annehmen. Es fehlt jedoch – wie bereits in den Berichten vom 6. November 2013, 22. August 2014 und 14. März 2015 (vgl. E. II. 7.2.3 hiervor) – auch hier an einer fundierten Auseinandersetzung mit dieser Diagnosestellung, so dass bspw. nicht einzuleuchten vermag, weshalb die depressive Störung rezidivierend sein soll. Auch die Feststellung, wonach die von Dr. med. E.____ betreffend die Persönlichkeitsstörung erhobenen Akzente (schizoid, negativistisch, dependent, selbstunsicher) nur teilweise unterstützt werden könnten, vermag die gutachterliche Beurteilung nicht zu erschüttern. So setzten sich M Sc UZH R.____ und Dr. med. B.____ zwar mit diesen einzelnen Akzenten relativ substanziiert auseinander, ihre Ausführungen, wonach bspw. die Akzente schizoid und selbstunsicher/ängstlich vermeidend «noch nicht das Wesentliche bei der Beschwerdeführerin treffen» würden, sind indes nicht nachvollziehbar. Es mangelt an einer plausiblen Begründung dieser Schlussfolgerungen. Eine weitergehende Auseinandersetzung mit dieser Thematik findet nicht statt, weshalb auf die entsprechenden Ausführungen infolge fehlender Nachvollziehbarkeit nicht abgestellt werden kann. In Bezug auf die im Bericht vom 21. Januar 2016 festgestellte Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann festgehalten werden, dass die unter diese Diagnose subsumierten Befunde (Verlassenheitsängste, instabiles Selbstbild und instabile Selbstwahrnehmung, impulsiver Umgang mit Nahrungsmittel und Benzodiazepinen, Suizidalität in Form von angedeuteten Plänen, Selbstverletzungen durch Kratzen, launische Stimmung, innere Leere, kaum aushaltbare Anspannung, Misstrauen und frühes sich anderen «fremd» fühlen) auch bereits

von Dr. med. E.____ festgestellt worden sind (IV-Nr. 41.1 S. 11 f.). So sprach er u.a. von einer deutlich inneren Anspannung, einer ängstlich besorgten Grundhaltung mit subjektiv reduzierter Belastbarkeit und ausgeprägtem Rückzugsverhalten, vegetativen Problemen, wie z.B. Atemproblemen, die bis zu einer Panikattacke gesteigert werden könnten, einer verminderten Selbstwertregulation (Selbstbewusstsein), einer regressiven Selbstbildveränderung mit Symbolisierung von Schwäche, Hilflosigkeit, bei gleichzeitiger Ablehnung von Unterstützung, fragilem Selbstwert, unlogischer Selbsteinschätzung, wenig kohärentem Selbstbild, stark beeinträchtigter Empathiefähigkeit, der Unfähigkeit, das Erleben und die Motive anderer Menschen zu berücksichtigen oder zu verstehen, Misstrauen und Ängstlichkeit. Er diskutierte die Einordnung dieser Befunde anschliessend nach Fiedler (Peter Fiedler: Persönlichkeitsstörungen, 2007, S. 277), wobei er ausführte, eine Verortung des markanten Persönlichkeitsstils der Beschwerdeführerin nach Fiedler zeige schizoid, negativistische bis dependente selbstunsichere Züge. Zwanghafte Elemente seien zu vermuten. Ausserdem hielt Dr. med. E.____ fest, am gegenüberliegenden Pol werde bei Fiedler die Borderline Störung verordnet. Da aber diesbezüglich nicht ganz einsichtig sei, weshalb die Beschwerdeführerin im Erwachsenenalter eine solche entwickelt haben sollte, erscheint seine Ausführung schlüssig, wonach als einziges Element dazu das selbstschädigende Verhalten der Beschwerdeführerin aufgeführt werden könne. Da aber weitere Merkmale nötig wären, um eine derartige Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, erscheint folgerichtig, dass er keine Borderline Störung diagnostizierte (IV-Nr. 41.1 S. 12). Folglich hat sich Dr. med. E.____ mit der Diagnose einer Borderline Störung auseinandergesetzt, diese diskutiert und sich aus nachvollziehbaren Gründen dagegen entschieden. Daran vermögen die Ausführungen im Bericht vom 21. Januar 2016 nichts zu ändern. So vermag bspw. das Argument, wonach auch seitens der F.____ aufgrund des Erlebens der Beschwerdeführerin eine Borderline-Störung festgestellt worden sei (IV-Nr. 47 S. 4) nicht zu überzeugen. Denn im Bericht der F.____ vom 11. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) wurde diese Diagnose zwar ausgewiesen, es fehlt indes an einer nachvollziehbaren und substantiierten Herleitung derselben (vgl. E. II. 7.3.1 hiervor). Ein Verweis auf diesen Bericht erscheint daher unbehelflich. Weiter ist festzuhalten, dass es an aktenkundigen frühzeitlichen Manifestationen einer Persönlichkeitsstörung fehlt, was ebenfalls gegen diese Diagnose spricht. Die Stellungnahme des die Beschwerdeführerin behandelnden Psychologen und des Psychiaters vom 21. Januar 2016 vermögen daher die Diagnosestellungen und Schlussfolgerungen von Dr. med. E.____ nicht in Frage zu stellen.

7.4 Es ist nachfolgend auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin zum Gutachten von Dr. med. E.____ vom 21. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) einzugehen: 7.4.1 Dem Vorbringen, wonach es im Gutachten von Dr. med. E.____ an einer nachvollziehbaren und verbindlichen Auseinandersetzung mit den gescheiterten Eingliederungsversuchen fehle (A.S. 14 f.), kann insoweit nicht gefolgt werden, als die Beschwerdeführerin nicht darzulegen vermag, inwiefern eine entsprechende Auseinandersetzung mit diesen Versuchen notwendig gewesen wäre. Dr. med. E.____ führte in diesem Zusammenhang in seinem Gutachten unter dem Titel «Eingliederungserfolg» aus, es sei in der Untersuchung nicht klar geworden, weshalb die Eingliederung bei der Beschwerdeführerin nicht funktioniert habe (IV-Nr. 41.1 S. 19). So sei auch der behandelnde Psychiater von einer steigerbaren Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Zudem hielt er fest, es wäre hilfreich gewesen, wenn der Eingliederungsverantwortliche der Beschwerdegegnerin die Umstände des Arbeitsabbruchs im Juni 2014 genau evaluiert hätte, damit aus diesem Umstand die entsprechenden Konsequenzen hätten gezogen werden können. Diese Ausführungen lassen

sich aufgrund des Abschlussberichts vom 5. September 2014 des Eingliederungsfachmannes C.____ verifizieren (vgl. E. II. 6.8 hiervor). Aus diesem Bericht lässt sich entnehmen, dass der Arbeitsversuch wegen der verschlimmernden psychischen Verfassung gescheitert sei und die Beschwerdeführerin intensive medizinische Betreuung brauche. Ausserdem wurde erst nach Wochen festgestellt, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitete. Im Weiteren gab der behandelnde Psychologe M Sc UZH R.____ im Rahmen von fremdanamnestischen Auskünften im Gutachten von Dr. med. E.____ (IV-Nr. 41.1 S. 14) an, der Abbruch der Arbeit im Sommer 2014 sei vollzogen worden, weil sich die Beschwerdeführerin beim Arbeitgeber nicht verstanden gefühlt habe. So sei es für sie sehr belastend, wenn jemand in ihrer Umgebung laut werde, sie reagiere dann verstört und ziehe sich zurück. Ähnliche Anhaltspunkte finden sich auch im Bericht von Dr. med. B.____ vom 22. August 2014 (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Demnach löse der aktuelle Vorgesetzte der Beschwerdeführerin durch seine Art scheinbar immer wieder eine Kaskade von psychovegetativen Symptomen mit Fluchtneigung und schliesslich innerem oder tatsächlichem Rückzug aus. Somit sind gewisse vage Hinweise betreffend den Abbruch des Eingliederungsversuchs gegeben, welche die Ausführungen der Eingliederungsfachperson nicht in allen Punkten bestätigen (dieser hatte auf die grosse Kulanz des Arbeitgebers hingewiesen). Der genaue Grund, der letztlich zum endgültigen Abbruch führte, kann indes nicht eruiert werden. Eine weitergehende vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist deshalb nicht möglich. Es ist daher auch nicht zu beanstanden, dass sich Dr. med. E.____ einzig mit dem zuletzt unternommenen und gescheiterten Arbeitsversuch beim ehemaligen Arbeitgeber befasst hat.

7.4.2 Eingehend auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach die Beschwerdegegnerin gemäss Dr. med. E.____ vor einer definitiven Beurteilung des Leistungsvermögens ein Arbeitstraining zu organisieren habe und die Leistungsfähigkeit konkret zu ermitteln sei (A.S. 15 f.), ist festzuhalten, dass Dr. med. E.____ in seinem voll beweiswertigen Psychiatrischen Gutachten (vgl. E. II. 7.2.5 hiervor) explizit darlegte, dass der Beschwerdeführerin jede ihrem Bildungsniveau entsprechende, leidensangepasste Tätigkeit ab circa Oktober, sicher jedoch ab dem Gutachtenszeitpunkt zugemutet werden könne (IV-Nr. 41.1 S. 23). Dabei könne ihr eine Tätigkeit auf fünf Tage verteilt, mit entsprechend verkürzter Arbeitszeit (30 % Einschränkung) zugemutet werden. Folglich hat sich Dr. med. E.____ zu der der Beschwerdeführerin möglichen bzw. noch zumutbaren Tätigkeit klar geäussert. In Bezug auf die an den Arbeitsplatz erforderlichen Anforderungen führte er anschliessend aus, es bestünden keine besonderen Anforderungen, grundsätzlich sollte ein Arbeitstraining jedoch darüber Auskunft geben, welche Einschränkungen an Ausdauer, Konzentration, Flexibilität oder Probleme bei Kundenkontakt evtl. noch bestünden. Darin ist indes – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – kein Widerspruch zur geschätzten zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % zu erblicken. Da, wie bereits unter E. II. 7.4.2 hiervor ausgeführt, in Bezug auf den zuletzt durchgeführten Arbeitsversuch keine detaillierten Angaben betreffend die erzielten Resultate ersichtlich sind, kann auch nicht auf solche zurückgegriffen werden. Die Durchführung eines entsprechenden Arbeitstrainings ist folglich nicht als unmittelbare Voraussetzung zur definitiven Bestimmung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu verstehen, sondern es soll vielmehr darüber Auskunft geben, wie die Beschwerdeführerin die ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen in einem Arbeitspensum von 70 % bestmöglich einzusetzen vermag. Med. pract. D.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 25. August 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) diesbezüglich denn auch fest, die Beschwerdeführerin vermische Aussagen des psychiatrischen Gutachters zur Zumutbarkeit von beruflichen

Massnahmen und zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Dies gab die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 21. Dezember 2016 somit korrekt wieder (A.S. 3). Auf die auf die berufliche Abklärung gerichteten Vorbringen der Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift (A.S. 18 ff.) ist daher nicht einzugehen. Eine Auseinandersetzung mit diesen erübrigt sich aufgrund der vorangegangenen Ausführungen. 7.4.3 Den durch die Beschwerdeführerin gegen das Psychiatrische Gutachten weiter ins Feld geführten Vorbringen kann nicht gefolgt werden. So kann die Beschwerdeführerin bspw. aus dem Argument, wonach sich Dr. med. E. ___ auf S. 21 seines Gutachtens auf Literaturangaben statt auf eigenes Ermessen abstütze (A.S. 16), nichts zu ihren Gunsten ableiten. So bleibt dem Gutachter im Rahmen seines gutachterlichen Ermessens grundsätzlich unbenommen, sich bei einer Diskussion (hier: funktioneller Schweregrad: Persönlichkeit) mit fachspezifischer Literatur auseinanderzusetzen. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf das Vorbringen, wonach nicht erkennbar sei, warum der Gutachter bei einer (angeblichen) Empirie von 30 % bis 40 % Arbeitsunfähigkeit ausgerechnet auf den tieferen Wert von 30 % Arbeitsunfähigkeit heranziehe (A.S. 17 unten). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Dr. med. E. ___ unter Verweis auf Philipp: Vorschlag zur diagnoseunabhängigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten bzw. psychosomatischen Störungen, MedSach 111, 6/2015, S. 256 (IV-Nr. 41.1 S. 21) explizit festhielt, dass auch neuere Untersuchungen bei Vorliegen einer Panikstörung mit häufigen Angstattacken und stärkergradiger sozial-kommunikativer Beeinträchtigung und psychisch-emotionaler Beeinträchtigung zu einer Minderung der Erwerbsunfähigkeit bis zu 30 % kämen. Damit leuchtet ein, dass der Gutachter von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist. Ausserdem liegt es auch im Rahmen des Ermessens eines psychiatrischen Sachverständigen, von welchem Wert er konkret ausgeht. Das von der Beschwerdeführerin an dieser Stelle angegebene Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 865/05 vom 15. Dezember 2006 E. 6.3 greift nicht. Denn dieses bezieht sich auf die Würdigung einer gutachterlichen Aussage durch die Rechtsanwender. Aus ihm ist keine generelle Verpflichtung eines Gutachters ersichtlich, wonach immer vom Mittelwert auszugehen ist. Auch das weitere allgemein gehaltene Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach der Gutachter seine Pflicht verletzt habe (A.S. 17), weil er die Arbeitsfähigkeit nicht diagnoseunabhängig stelle, entbehrt jeglicher Grundlage. So ist es gerade die Aufgabe eines ärztlichen Gutachters, den medizinischen Sachverhalt zu beschreiben, die ihm gestellten Fragen zu beantworten und die sich aus seiner Sicht daraus ergebenden rein medizinischen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zu schildern (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_513/2009 vom 2. September 2009 E. 4.3, 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.3). Zu der von der Beschwerdeführerin formulierten Annahme, dass die Beschwerdeführerin einem Arbeitgeber nicht zumutbar sei (A.S. 18), ergeben sich aus dem Gutachten von Dr. med. E. ___ keinerlei Anhaltspunkte. Er befürwortete eine berufliche Wiedereingliederung und qualifiziert diese sogar als «geradezu heilsam», weil die Beschwerdeführerin nur so soziale Kontakte, Wertschätzung und Tagesstruktur erfahren werde (IV-Nr. 41.1 S. 24). Damit läuft das Vorbringen der Beschwerdeführerin ins Leere. Weiter stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, Dr. med. E. ___ habe die Anamnese unvollständig erhoben, da er von den erlittenen Mehrfachtraumatisierungen der Beschwerdeführerin durch ihren Vater in der Kindheit und Jugend nichts gewusst habe (vgl. Protokoll der Verhandlung, A.S. 43 ff.). Dazu lässt sie den Bericht der Seelsorgerin H. ___ vom 20. November 2017 zu den Akten reichen (vgl. E. I. 5.2 hiervor) und u.a. ausführen, es habe von der Beschwerdeführerin zum Gutachter, der – wie auch der Täter – männlich sei, kein

Vertrauensverhältnis aufgebaut werden können. Daher habe sie ihm die Vorkommnisse nicht geschildert. Dem Psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. ___ ist diesbezüglich zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über eine «sehr schwere Kindheit und Jugendzeit» berichtet habe. So habe sie die Gewaltextesse des alkoholisierten Vaters gegenüber der Mutter mitbekommen, andererseits sei sie der Liebling ihres Vaters gewesen. Das Verhältnis zum Vater sei stets schwierig geblieben. Sie sei das jüngste von drei Geschwister. Die anderen hätten die Probleme in der Herkunftsfamilie gar nie mitbekommen (IV-Nr. 41.1 S. 5 f.). Sie habe unter den Gewaltextessen ihres patriarchalischen Vaters und der Gefühlskälte ihrer eigenen Mutter gelitten und habe mit diesen keinen Kontakt mehr (IV-Nr. 41.1 S. 8 unten). Da somit die Probleme der Beschwerdeführerin in der Kindheit und Jugend gutachterlich dokumentiert sind, ist davon auszugehen, dass diese dem Gutachter jedenfalls im Grundsatz bekannt waren. Dies gilt denn auch in Bezug auf die im Austrittsbericht der F. ___ vom 11. Dezember 2015 (IV-Nr. 42 S. 2 f.; vgl. E. II. 6.12 hiervor) festgehaltenen Angaben bei der «psychosozialen Entwicklung», wonach die Beschwerdeführerin über eine schwierige Kindheit und Jugend berichtet habe. Der Vater sei ein Tyrann gewesen und habe mit einer Pistole auch auf die Mutter geschossen. Die Beschwerdeführerin habe immer Angst um die Mutter gehabt, welche ihrerseits immer zum Vater gehalten und nach aussen die ehelichen Probleme zu verheimlichen versucht habe. Dieser Bericht wurde Dr. med. E. ___ durch die Beschwerdegegnerin zur Stellungnahme vorgelegt (vgl. dazu E. II. 6.13 hiervor). Folglich waren ihm die darin enthaltenen Sachverhalte ebenfalls bekannt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es ins Ermessen des psychiatrischen Sachverständigen gestellt werden muss, inwieweit er in solchen Situationen weitere Angaben benötigt / eruiert. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Gutachter aufgrund der durch die Beschwerdeführerin gemachten Angaben die Tragweite der Vorkommnisse im Wesentlichen erfassen bzw. einschätzen konnte. Daher ist die durch den Gutachter erhobene Anamnese nicht zu beanstanden. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass das Vorbringen, wonach die Beschwerdeführerin zum Gutachter kein Vertrauen habe aufbauen können, weil es sich bei ihm – wie auch beim Vater der Beschwerdeführerin – um einen Mann handle, nicht vollständig zu überzeugen vermag. Der Beschwerdeführerin war es möglich, gegenüber dem behandelnden Psychologen M Sc UZH R. ___ sowie dem behandelnden Psychiater Dr. med. B. ___ – beides Männer – von einem langjährigen sexuellen Missbrauch durch den Vater zu berichten (vgl. E. II. 6.14 hiervor). 7.5 Damit hat sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 21. Dezember 2015 gestützt. Diesem ist der volle Beweiswert zuzusprechen. Dies hielt im Übrigen auch bereits die RAD-Ärztin med. pract. D. ___ in ihrer Stellungnahme vom 17. Februar 2016 fest (vgl. E. II. 6.15 hiervor), indem sie das Gutachten als schlüssig umfassend und nachvollziehbar qualifiziert hat. Es kann daher auch auf die entsprechenden Einschätzungen betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgestellt werden: Aus psychiatrischer Sicht ist die Beschwerdeführerin somit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Bürohilfe als auch in einer anderen, ihrem Bildungsniveau entsprechenden, leidensangepassten Tätigkeit ab circa Oktober 2013 mit einer Einschränkung von 30 % arbeitsfähig. 8. Im Weiteren ist zu prüfen, ob der Abklärungsbericht Haushalt vom 11. April 2016 (vgl. E. II. 6.16 hiervor; IV-Nr. 52) eine genügende Grundlage für die Bemessung des Invaliditätsgrads darstellt: 8.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und

räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben des Versicherten zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (SVR 2003 IV Nr. 20 S. 60 E. 2.3.2). Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468, 130 V 61 E. 6.2 S. 63, 128 V 93; Urteile des Bundesgerichts 9C_497/2014 vom 2. April 2015 E. 4.1.1, 9C_562/2016 vom 13. Januar 2017 E. 4.1). 8.2 Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizugs eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1). 8.3 Dies gilt selbst für den Fall, dass es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Einzig wenn es zu Divergenzen zwischen den Ergebnissen der Haushaltabklärung und den ärztlichen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person kommt, ihre Haushaltstätigkeiten trotz des psychischen Leidens noch verrichten zu können, ist der medizinischen Einschätzung prinzipiell erhöhtes Gewicht beizumessen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1.1; AHI 2004 S. 137; Urteil des Bundesgerichts 8C_334/2014 vom 21. Juli 2014 E. 5.2). 8.4 Der Abklärungsbericht Haushalt vom 11. April 2016 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) wurde von der Abklärungsfachfrau G.____ erstellt. Es handelt sich somit bei ihr um eine dazu qualifizierte Person. Beim Gespräch war neben der Beschwerdeführerin auch eine Vertreterin der T.____ anwesend. Da die Abklärungsfachfrau unter anderem Angaben zu den Wohnverhältnissen macht, ist davon auszugehen, dass sie die Beschwerdeführerin zu Hause besucht hat (IV-Nr. 52 S. 4; nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]; vgl. auch Rz. 3084 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]). Weiter werden im entsprechenden Bericht unter dem Titel «Ausgangslage» u.a. Angaben zu den in den Vorakten geschätzten Arbeitsfähigkeiten ausgewiesen (IV-Nr. 52 S. 2). Aus diesen geht auch hervor, dass bei der Beschwerdeführerin eine psychische gesundheitliche Beeinträchtigung besteht. Es ist davon auszugehen, dass der Abklärungsfachfrau sowohl die örtlichen und räumlichen Verhältnisse als auch die medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen

bekannt waren. Zudem werden im Bericht auch die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zur heutigen gesundheitlichen Situation und ihren Aufgaben im Haushalt wiedergegeben (IV-Nr. 52 S. 2 f. und 5 ff.). Die Feststellungen der Abklärungsfachfrau erscheinen zudem plausibel und schlüssig: So ist aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin, der medizinischen Dokumentation und der zumutbaren Hilfe ihrer beiden mittlerweile erwachsenen Söhne (Jahrgänge 1996 und 1998) nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt nicht massiv eingeschränkt sei (IV-Nr. 52 S. 5). In diesem Sinne wurde auch im Gutachten durch Dr. med. E.____ ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei durchaus in der Lage, ihren Haushalt selbständig zu führen und sich den Tag entsprechend zu strukturieren (IV-Nr. 41.1 S. 21 unten). So gibt die Beschwerdeführerin an, kochen und Gemüse rüsten zu können sowie Reinigungsarbeiten in der Küche selbst zu machen, am Dienstag, wenn sie in der F.____ zur Therapie gehe, helfe ihr der eine Sohn beim Abwaschen und bei Reinigungsarbeiten. Sie erledige zudem mit dem Bus ihre Einkäufe, mache die Wäsche selber und betreue den Hund und die Katze selber. Wenn sie weg sei, führe der Sohn den Hund zum Spazieren aus. Das künstlerische Schaffen, das sie über die F.____ entdeckt habe, könne sie auch ausführen. Sie sei im [...] in [...] tätig, bemale z.B. Seidentücher. Bei den Reinigungsarbeiten sei sie demgegenüber offensichtlich überfordert, die Mithilfe der beiden erwachsenen Söhne sei aber teilweise zumutbar. Es werde dem Rechnung getragen, dass es sich um ein reinigungsintensives, älteres Haus handle. Bei administrativen Angelegenheiten helfe ihr zudem Frau U.____ von der T.____ (IV-Nr. 52 S. 5).

8.5 Damit ist der Abklärungsbericht Haushalt vom 11. April 2016 als voll beweiskräftig zu qualifizieren. Es kann daher auf die darin bei den Haushaltarbeiten festgestellte Einschränkung der Beschwerdeführerin von circa 6 % abgestellt werden.

9. Es ist daher nachfolgend der Statusfrage nachzugehen:

9.1 Für die Statusfrage ist einzig massgebend, ob und bejahendenfalls in welchem Umfang eine versicherte Person einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Diese – stets hypothetische – Annahme ist anhand des im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Es ist somit auf Grund objektiver Umstände zu beurteilen, wie die betreffende versicherte Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Einschränkungen entschieden hätte. Dieser subjektive Entschluss muss nicht zwingend auch der objektiv vernünftigste Entscheid sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 6.2.1, in: SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131; Urteil des Bundesgerichts 8C_889/2011 vom 30. März 2012, E. 3.2.1).

9.2 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 507 mit Hinweisen). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221 f., 130 V 393 E. 3.3 S. 396, 125 V 146 E. 2c S. 150 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 9C_406/2011 vom 9. Juli 2012 E. 5.1, 9C_701/2016 vom 1. März 2017 E. 3.1).

9.3 Die gemischte Methode bezweckt eine möglichst wirklichkeitgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 107 f.).

9.4 Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person im Besonderen entscheidet sich die Frage, ob sie als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige zu betrachten ist, nicht danach, ob sie vor ihrer Heirat erwerbstätig war oder nicht. Es ist vielmehr zu prüfen, ob sie ohne Invalidität mit Rücksicht auf die gesamten Umstände vorwiegend erwerbstätig oder im Haushalt beschäftigt wäre. Nebst den finanziellen Verhältnissen sind sämtliche weiteren Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen, wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150; AHl 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195 mit Hinweis).

9.5 Die vorliegenden Akten präsentieren folgendes Bild: Anlässlich des Intake-Gesprächs vom 9. Juli 2013 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) habe sich die Beschwerdeführerin dahingehend geäussert, dass sie beim J. ___ in ungekündigter Stellung als Sachbearbeiterin in einem Pensum von 44 % tätig sei. Es sei vom Arbeitgeber kein höheres Pensum möglich. Die Arbeit sei interessant. Ohne Gesundheitsschaden würde sie 60 - 70 % arbeiten. Denn sie sei seit der Scheidung (im Oktober 2011) finanziell auf ein höheres Pensum angewiesen. Sie habe mit Ausnahme der Zeit vom 1995 bis 2007 (Familienfrau und Mutter) immer gearbeitet. Die Abklärungsfachfrau G. ___ stütze sich bei der Beurteilung des Status insbesondere auf die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich des Früherfassungsgesprächs vom 9. Juli 2013, wonach sie ihr Pensum aus finanziellen Gründen auf 60 - 70 % aufgestockt hätte, dies aber beim J. ___ nicht realisierbar gewesen sei (IV-Nr. 52 S. 3).

9.6 Die Frage nach dem Pensum der hypothetischen Erwerbstätigkeit ist anhand der konkreten Umstände zu prüfen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die beiden Söhne (geb. 14. Januar 1996 und 22. April 1998, IV-Nr. 8 S. 3) im vorliegend relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. Dezember 2016 aufgrund ihres Alters von 20 und 18 Jahren mittlerweile selbstständig waren und keiner Betreuung mehr bedurften. Die Beschwerdeführerin hat einzig von 1995 bis 2007 nicht ausserhäuslich gearbeitet. Vom Vater der Kinder ist die Beschwerdeführerin seit Oktober 2011 geschieden. Finanzielle Probleme sind gemäss den vorliegenden Akten dokumentiert. Zudem hat die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin bereits im Intake-Gespräch vom 9. Juli 2013 angegeben, dass sie ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung in einem reduzierten Arbeitspensum von 60 - 70 % tätig wäre. Es handelt sich dabei um eine «Aussage der ersten Stunde», die in der Regel unbefangener und zuverlässiger ist als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2b S. 47; Urteile des Bundesgerichts 8C_940/2015 vom 19. April 2016 E. 6.3, 8C_762/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.3.2).

9.7 Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass entsprechend den Ausführungen der Abklärungsfachfrau G. ___ im Haushaltsbericht

vom 11. April 2016 und aufgrund der vorliegenden Akten überwiegend wahrscheinlich ist, dass die Beschwerdeführerin während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Dezember 2016 weiterhin einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit im Umfang eines Pensums von 65 % nachgegangen wäre, wobei sie daneben noch den Haushalt erledigt hätte. Es ist daher von einem Status von 65 % (ausserhäusliche Erwerbstätigkeit) : 35 % (Haushalt) auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat daher bei der Feststellung des IV-Grades zu Recht die gemischte Methode angewendet.

10. Zusammenfassend liefern somit der Abklärungsbericht Haushalt vom 11. April 2016 sowie das Psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 21. Dezember 2015 ein stimmiges und umfassendes Bild über die gesundheitliche Situation und die Auswirkungen auf die Erwerbs- und Haushaltsführungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Der Sachverhalt erweist sich damit als umfassend und vollständig geklärt. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach der Abklärungsbericht Haushalt allein keine beweistaugliche Grundlage darstelle, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität gehe (A.S. 13), trifft nicht zu. So wird im vorliegenden Fall «nicht allein» auf den Abklärungsbericht Haushalt abgestellt.

11. Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, die Invaliditätsbemessungsmethode gemäss angefochtener Verfügung sei bundesrechtswidrig (A.S. 12 f.). So sei der Invaliditätsgrad einzig mittels eines reinen Einkommensvergleichs zu ermitteln und nicht mittels der sogenannten gemischten Methode. Denn sie gehöre nicht zur Ausnahmekategorie der nie erwerbstätigen Nur-Hausfrauen im Sinne von Art. 8 ATSG. Ihr sei es vor Eintritt des Gesundheitsschadens zumutbar gewesen, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen. Wie auch die Abklärungsperson in ihrem Bericht vom 11. April 2016 zutreffend festhalte, seien die beiden Söhne «nicht mehr auf die Betreuung angewiesen» gewesen. Bei dieser Konstellation stelle die Anwendung der gemischten Methode laut dem Urteil des EGMR Di Trizio vs. Schweiz vom 2. Februar 2016 eine Konventionsverletzung dar.

11.1 Im IV-Rundschreiben Nr. 355 des BSV vom 31. Oktober 2016 wird das weitere Vorgehen nach dem Urteil des EGMR vom 2. Februar 2016, soweit nicht eine «'Di Trizio' ähnliche Ausgangslage» vorliegt, was namentlich einen familiär bedingten Grund für die Reduktion der Arbeitszeit voraussetzt, wie folgt umschrieben: «Wie der Bundesrat bereits in seinem Bericht [vom 1. Juli 2015 (Beantwortung des Postulates Jans [12.3960 «Schlechterstellung von Teilerwerbstätigen bei der Invalidenversicherung»])] festgehalten hat, kann eine Verbesserung für teilerwerbstätige Personen mit einem entsprechend angepassten Berechnungsmodell realisiert werden. Der Bundesrat beabsichtigt nun, ein solches Berechnungsmodell für die gemischte Methode einzuführen. Bis zum Inkrafttreten dieser neuen, generell-abstrakten Regelung wird es im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten notwendig sein, dass das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung gelangt. Dementsprechend ist beispielsweise bei einer erstmaligen Rentenzusprache bei einer Person, die bereits vor der Rentenprüfung einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen ist, das bisherige Recht und das bisherige Berechnungsmodell der gemischten Methode anzuwenden.». Das Bundesgericht ist in den bisherigen nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils des EGMR in Sachen Di Trizio gegen die Schweiz (7186/09) vom 2. Februar 2016 gefällten Entscheiden im Sinne des IV-Rundschreibens Nr. 355 vom 31. Oktober 2016, welches den Charakter einer Verwaltungsweisung (zu deren Verbindlichkeit für die Sozialversicherungsgerichte: BGE 136 V 16 E. 5.1.2 in fine S. 20 und 133 V 257 E. 3.2 S. 258) hat, vorgegangen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_473/2016 vom 25. Januar 2017, 9C_514/2016 und

9C_399/2016 je vom 18. Januar 2017 sowie 9C_179/2016 vom 11. August 2016). 11.2 Es besteht kein Anlass, es vorliegend anders zu halten (zu den Voraussetzungen für eine Praxisänderung BGE 141 II 297 E. 5.5.1 S. 303, 137 V 417 E. 2.2.2 S. 422 je mit Hinweisen, vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9C_525/2016 vom 15. März 2017 E. 4.2.2). Somit kann im vorliegenden Fall die Anwendung der gemischten Bemessungsmethode nicht als konventionswidrig bezeichnet werden. Zudem bestünde auch bei einer 100%igen Erwerbstätigkeit kein Rentenanspruch. 12. Schliesslich ist die in der Verfügung vom 21. Dezember 2016 vorgenommene Invaliditätsberechnung nicht zu beanstanden: So ist die Beschwerdegegnerin für die Festsetzung des Valideneinkommens korrekterweise vom Tabellenlohn (LSE 2012, TA1_tirage_skill_level, Ziffer 45 - 96, Sektor 3 «Dienstleistungen» Niveau 2, Frauen, von CHF 4'588.00 ausgegangen und hat diesen Betrag auf das Jahr (x 12) sowie an die üblichen Wochenstunden von 41.7 aufgerechnet, sowie an die Teuerung 2012 bis 2014 (:101,9 x 103,4) angepasst. Unter Berücksichtigung des 65%igen Arbeitspensums ergibt sich ein Valideneinkommen von CHF 37'856.00. Der Beschwerdeführerin kann in einer adaptierten Tätigkeit ein Arbeitspensum von 65 % auch mit den gesundheitlichen Einschränkungen vollumfänglich zugemutet werden. Daher ist die Beschwerdegegnerin auch hier korrekterweise vom Tabellenlohn (LSE 2012, TA1_tirage_skill_level, Ziffer 45 - 96, Sektor 3 «Dienstleistungen» Niveau 2, Frauen) von CHF 4'588.00 ausgegangen und hat diesen Betrag auf das Jahr (x 12) sowie auf die übliche Anzahl Wochenstunden von 41.7 im Jahr hochgerechnet sowie an die Teuerung 2012 bis 2014 (:101,9 x 103,4) angepasst. Dadurch ergibt sich ein Invalideneinkommen von ebenfalls CHF 37'856.00. Aufgrund der sich daraus ergebenden Erwerbseinbusse von CHF 0.00 beläuft sich der Invaliditätsgrad ebenfalls auf 0 %. Gestützt auf die vorliegend anzuwendende gemischte Bemessungsmethode (65 % Erwerbstätigkeit: 35 % Haushalt) ergibt sich unter Berücksichtigung der Einschränkungen im Haushalt von 6 % (A.S. 2) ein Invaliditätsgrad von total 2 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. dazu II. E. 2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat das entsprechende Leitungsbegehren der Beschwerdeführerin somit zu Recht abgewiesen. 13. Die durchgeführten Eingliederungsbemühungen verliefen bisher erfolglos und mussten abgebrochen werden (vgl. E. II. 6.8 hiervor). Im Rahmen des Psychiatrischen Gutachtens vom 21. Dezember 2015 hielt Dr. med. E.____ fest (vgl. E. II. 6.11 hiervor), einer erneuten beruflichen Eingliederung stehe aus psychiatrischer Sicht nichts im Wege und sie sei sogar wünschenswert. Berufliche Massnahmen seien der Beschwerdeführerin auch zumutbar. Es müsse indes vor der Massnahme klar sein, ob die Beschwerdeführerin diese auch wirklich wolle. In diesem Sinn hielt denn auch die RAD-Ärztin med. pract. D.____ in ihrer Stellungnahme vom 25. August 2016 fest (vgl. E. II. 6.17 hiervor), berufliche Massnahmen wären eigentlich sinnvoll, aber der Gutachter habe sich von der Motivation diesbezüglich nicht überzeugen können. Es ist daher in dem hier zu beurteilenden Zeitpunkt der Verfügung vom 21. Dezember 2016 (A.S. 1 ff.; BGE 121 V 362 E. 1b S. 366) nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund einer nicht ohne weiteres feststellbaren Motivation der Beschwerdeführerin für berufliche Massnahmen das entsprechende Leistungsbegehren abgewiesen hat. 14. Damit ist die Verfügung vom 21. Dezember 2016 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 15. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 16. 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 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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