

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.59 vom 23. April 2019**

SO Obergericht, 2019-04-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.59\\_d20190423](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.59_d20190423)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.59 du 23 avril 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.59 del 23 aprile 2019

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. Januar 2017 sei aufzuheben.

### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, der Beschwerdeführerin weiter berufliche Massnahmen zukommen zu lassen.

### **E. 3**

Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, der Beschwerdeführerin eine, eventuell befristete ganze, eventuell eine abgestufte, subeventuell eine halbe Rente (inkl. Kinderzusatzrenten) zukommen zu lassen.

### **E. 4**

Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin werde das sehr substantiierte, einlässliche psychiatrische Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ von der Beschwerdegegnerin nicht als weniger beweiswertig als das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, widersprüchlich oder nicht schlüssig dargestellt. Es werde sinngemäss als irrelevant bezeichnet, da die von ihm formulierte Diagnose nach Praxis des Bundesgerichtes gar keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. Depressive Erkrankungen könnten aber sehr wohl eine Arbeitsunfähigkeit begründen, die für den Anspruch auf berufliche Massnahmen relevant sei. Diese von der Beschwerdegegnerin offenbar neu verfolgte strenge Praxis sei nicht gesetzeskonform. Die von der Beschwerdegegnerin angerufene Therapierbarkeit von depressiven Erkrankungen, die einem invalidisierenden Charakter grundsätzlich entgegenstünden, sei ausschliesslich im Zusammenhang mit den psychosomatischen Leiden entwickelt worden. Es finde sich, soweit ersichtlich, kein Entscheid des Bundesgerichtes, bei dem es nur und ausschliesslich um eine mittelschwere depressive Störung gegangen sei. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass, wie ein ausserkantonales Gericht (Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 3. April 2016, Geschäft-Nr.: IV 213/523) zu Recht festgehalten habe, die These der guten Therapierbarkeit von depressiven Erkrankungen alles andere als wissenschaftlich abgestützt sei. Im konkreten Fall habe sich gezeigt, dass die konsequente Depressionstherapie Erfolge gezeitigt habe. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin sich nach rund drei Jahren Arbeitsunfähigkeit und Absenz vom Arbeitsmarkt mindestens teilweise wieder eingliedern können, bedeute nicht, dass aus der Sicht ex post keine Invalidität vorliege. Mit Ablauf des Wartejahres seien die gesetzlichen Voraussetzungen für Rentenleistungen erfüllt. Eine längerdauernde

Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG habe vorgelegen und liege im Ausmass von 60 % noch immer vor. Das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ halte dagegen einer kritischen fachmedizinischen Überprüfung nicht Stand, wie aus dem Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ hervorgehe. So sei der Psychostatus im Gutachten Dr. med. C.\_\_\_\_ als fehler- und mangelhaft einzustufen. Des Weiteren sei darauf hinweisen, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ aufgrund der massiven Häufung der Aufträge von der Beschwerdegegnerin nicht mehr als unabhängig und ergebnisoffen erscheine. Die Statistik der Beschwerdegegnerin über die Anzahl mono- und bidisziplinärer Gutachtensaufträge in der Periode 2012 bis 2015 zeige, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ 159 Aufträge erhalten habe. Damit sei er absoluter Spitzenreiter für monodisziplinäre Gutachten über alle medizinischen Bereiche. Sodann habe die Beschwerdeführerin, was als Novum zu beachten sei, per 15. Februar 2017 eine neue Stelle zu 40 % bei einer Gemeindeverwaltung erhalten, wo sie zusammen mit einer weiteren Teilzeitangestellten die Funktion der Gemeindeverwalterin ausüben werde. Noch stehe die Beschwerdeführerin in der Probezeit, so dass unklar sei, ob die Selbsteingliederung wenigstens zu 40 % geglückt sei. Da die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig sein möchte, bestehe grundsätzlich nach wie vor Bedarf nach weiteren beruflichen Massnahmen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die rechtliche Überprüfung habe ergeben, dass die im Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ erhobene Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. Entgegen der gutachterlichen Einschätzung vom 1. September 2016 bzw. der versicherungsmedizinischen Einschätzung des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 23. November 2016 gelte es festzuhalten, dass gemäss ständiger Rechtsprechung leichte bis mittelgradige depressive Episoden grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens darstellten, die es der betroffenen Person verunmöglichten, eine angepasste Tätigkeit auszuüben. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur würden ausserdem als therapeutisch angebar gelten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 3.5 und Urteil 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1, je mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall gehe med. pract. D.\_\_\_\_ ausdrücklich von Verbesserungsmöglichkeiten aus und beschreibe Möglichkeiten zur Therapieoptimierung (Gutachten S. 19 f.). Die depressive Episode könne folglich zum jetzigen Zeitpunkt nicht als therapieresistent bezeichnet werden. Auf das psychiatrische Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ sowie die RAD-Stellungnahme könne nach dem Gesagten bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlichen Gründen nicht abgestellt werden. Vorliegend habe die Beschwerdeführerin am 15. Februar 2017 eine Arbeitsstelle als Gemeindeverwalterin angetreten. Damit habe sie eindrücklich gezeigt, dass ihr Leiden durch eine konsequente Depressionstherapie angegangen werden können. Die angegebene Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) vermöge gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtes keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei demzufolge vorliegend zu verneinen.

## **E. 5**

Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang: 5.1 In seinem Bericht vom 4. März 2015 (IV-Nr. 24) diagnostizierte Dr. med.

B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode, ohne somatisches Syndrom, ICD-10 F32.1, sowie eine ängstlich-vermeidende (selbstunsichere) Persönlichkeitsakzentuierung. Nach Geburt des Kindes im August 2012 und dem 100 % Wiedereinstieg in die Firma im Februar 2013 sei es zu rezidivierenden Erschöpfungszuständen und Phasen mit zunehmend emotionalen Überreaktionen gekommen. Die Konzentration lasse je nach Aufgabe, bei grosser Anstrengung nach ca. 20 Minuten, nach. Bei weniger anspruchsvollen Tätigkeiten nach ca. einer Stunde. Auf Stress/Druck/Belastung würde die Patientin höchstwahrscheinlich eine Überreaktion zeigen und sich überfordert fühlen. Es seien ihr Arbeiten im Bereich Sachbearbeitung, Büroarbeiten sowie als Assistentin einer Leitung und im HR- Bereich zumutbar. Die bisherige sowie eine angepasste Tätigkeit seien ihr ca. zwei Stunden am Tag zumutbar. 5.2 Im Bericht vom 8. September 2015 (IV-Nr. 42) diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_ eine leichte depressive Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0). Aufgrund der Persönlichkeitsstruktur und der genetischen Belastung (Depression der Mutter) seien Dekompensationen möglich, jedoch gehe man von einer weiteren Besserung des Zustandes aus. Die Beschwerdeführerin sei aktuell im Haushalt und in der Betreuung des Kindes tätig. Sie fühle sich rasch überfordert und zeige emotionale Überreaktionen (Aggressionen, Wutausbrüche) auch gegen das Kind. Anschliessend habe sie starke Schuld- und Schamgefühle. Das Verhalten sei neu, ebenso die emotionalen Reaktionen seit Beginn der Depression im April 2014. 5.3 Im Bericht vom 23. Februar 2016 (IV-Nr. 60.3, S. 9) diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_, med. pract. FMH, visitiert durch Dr. med. B.\_\_\_\_, eine schwere Erschöpfungsdepression/Burn-out mit protrahiertem Verlauf, ICD-10 F32, sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung, DD: gemischte Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F61. Weiter führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, ihr sei anlässlich einer gründlichen Reevaluation des Krankheitsfalles im Rahmen eines internen Therapeutenwechsels eine mangelhafte und unvollständige Berichterstattung aufgefallen. Die Änderung der Diagnose auf «leichte depressive Episode» im letzten Bericht werde der vorliegenden Problematik sicher nicht gerecht, auch wenn damals vorübergehend eine leichte Zustandsverbesserung zu beobachten gewesen sei. Die aufgeführte Diagnose könnte deshalb irreführend sein und verharmlose den Schweregrad der vorliegenden Erkrankung. Die Versicherte befinde sich seit dem 14. April 2014 in ihrer ambulanten psychiatrischen Behandlung. Bereits seit Geburt ihres Kindes im August 2012 und insbesondere im Rahmen des beruflichen Wiedereinstieges ab Februar 2013 scheine es zu einer erheblichen depressiven Erschöpfungssymptomatik mit ausgeprägter Verausgabung sowohl am Arbeitsplatz als auch im häuslichen Umfeld gekommen zu sein. Die Versicherte habe in der Folge ihre Arbeitstätigkeit mit massiven Überstunden und unter ausgeprägtem innerem Leidensdruck bis zum vollständigen psychischen Zusammenbruch im April 2014 fortgeführt. Dieses selbstaufopfernde und letztendlich selbstschädigende Verhalten lasse sich rückwirkend gut im Rahmen der inzwischen nachgewiesenen Persönlichkeitsakzentuierung (DD: Persönlichkeitsstörung) interpretieren. Im Vordergrund stünden dabei stark überhöhte Anforderungen an die eigene Leistungsfähigkeit und Unfehlbarkeit sowie ein starker Mangel an Selbstfürsorgekompetenz. Zudem hätten starke existenzielle Ängste zur Aufrechterhaltung der damaligen Arbeitstätigkeit und somit einer ausgeprägten Erschöpfung beigetragen. Aufgrund einer stark fixierten Überzeugung, «es ohne Medikamente schaffen zu müssen», sei eine medikamentöse Strategie erst ab März 2015 nach eingehender Bearbeitung dieses Musters möglich gewesen. Dennoch habe sich eine gewisse Zustandsstabilisierung gezeigt, sodass ab Januar 2015 ein berufliches

Aufbautraining durch die IV habe begonnen werden können. Das Pensum sei innerhalb eines halben Jahres langsam von zwei auf vier Stunden pro Tag gesteigert worden. Dabei habe sich allerdings eine anhaltend verminderte Leistungsfähigkeit mit gehäuften krisenhaften Einbrüchen und starker Somatisierungstendenz unter Leistungsdruck gezeigt. Es sei zu gehäuften Ausfällen während des Aufbautrainings gekommen. Im Juni 2015 habe das Aufbautraining im Rahmen eines schweren krisenhaften Einbruchs bei erneuter Belastungssituation (Unfall der Mutter und damit auch Wegfall der Betreuungshilfe des Kindes) aus psychiatrischen Gründen pausiert werden müssen. Eine Wiederaufnahme des Aufbautrainings sei im weiteren Verlauf von Seiten der IV nicht erwogen worden. Seither zeige sich die Beschwerdeführerin in einem weiterhin instabilen, von der obigen Gesamtsymptomatik geprägten Zustand. In der Betreuung ihres Kindes sei sie weiterhin auf umfassende Unterstützung angewiesen. Zwar habe sich die Gesamtsymptomatik insgesamt etwas abgemildert, es träten aber weiterhin gehäufte krisenhafte Einbrüche mit starker psychovegetativer Erregung, Ängsten und einer Tendenz zu Überreaktionen und stark eingegengtem Denkstil auf. Die Versicherte leide weiterhin unter starker Erschöpfung und rascher Ermüdbarkeit sowie stark reduzierter Stresstoleranz, sei emotional labil, von starkem Gedankenkreisen geprägt und nicht in der Lage, ihre Rolle als Mutter und Hausfrau ohne Unterstützung wahrzunehmen. Bereits kleine Veränderungen oder Belastungen im Alltag führten zu krisenhaften Einbrüchen und einer allgemeinen Zustandsverschlechterung. Die Beschwerdeführerin nehme weiterhin regelmässig und kooperativ an der ambulanten psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis teil. Die installierte Medikation mit Escitalopram 15 mg führe sie regelmässig weiter.

5.4 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Gutachten vom 12. April 2016 (IV-Nr. 60.1) keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen: - Neurasthenisches Syndrom • bei Status nach Anpassungsstörung (F43.2) bei psychosozialen Belastungen • bei akzentuierten (narzisstisch, emotional expressiv / histrionisch sowie ängstlich- vermeidend, zwanghaft, emotional instabil, impulsiv) Persönlichkeitszügen Anlässlich der aktuellen Untersuchung am 1. März 2016 seien keine relevanten objektiven psychopathologischen Befunde vorhanden. In der Interaktion sei die versicherte Person emotional expressiv (theatralisch, dramatisierend) und narzisstisch (ich bezogen). Eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz sei vorhanden. Im Affekt sei sie unsicher und ängstlich. Sie reagiere angemessen bedrückt und weinerlich. Es seien alle mnestischen Funktionen vollständig intakt (inkl. Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit, Konzentration, Gedächtnis). Formale Denkstörungen (wie bspw. im Denken sprunghaft / Gedankenabreissen / eingengt) seien nicht erkennbar. Ein depressives Syndrom könne auch mit Hilfe der MADRS nicht objektiviert werden. Die Angaben im Test MMPI-2 zeigten eine mässig schwere Psychopathologie. Die Balance zwischen Selbstschutz und Selbstöffnung lasse genügend Ressourcen für eine (therapeutische) Intervention annehmen. Zusammenfassend sei im Fall der Beschwerdeführerin als Diagnose aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht allein aufgrund der subjektiven Beschwerden (vgl. die Angaben sowohl in den Akten, als auch anlässlich der Untersuchung am 1. März 2016) von einem neurasthenischen Syndrom auszugehen. Das Syndrom habe sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Folge einer Anpassungsstörung mit Erschöpfungszustand und depressiver Verstimmung im April 2014 entwickelt. Die von der Beschwerdeführerin noch geklagten rezidivierenden psychophysischen Beschwerden verblieben vollständig im Subjektiven und würden im Rahmen ihrer akzentuierten (narzisstisch, emotional expressiv /

histrionisch sowie ängstlich- vermeidend, zwanghaft, emotional instabil, impulsiv) Persönlichkeitszüge ausgestaltet. Dies bleibe ohne eigenständigen Krankheitswert. Bei Anpassungsstörungen handle es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behinderten und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen (hier: Arbeitslosigkeit des Ehemannes / finanzielle Sorgen, berufliche Neuorientierung des Ehemannes, Geburt eines Kindes, Belastungen am Arbeitsplatz) aufträten. Die ICD-10 Kriterien einer eigenständigen depressiven Episode seien objektiv nicht erfüllt. Sie seien auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund der Angaben in den Akten ab April 2014 anzunehmen. Der Schweregrad habe nicht das notwendige Ausmass erreicht. Bei der Beschwerdeführerin bestünden bzw. hätten auch keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge bestanden, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Insbesondere fehlten die Eingangskriterien dauerhafte Hemmung der Psychomotorik, wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit und ausgeprägte soziale Inaktivität. Eine relevante (und auch noch eigenständige) depressive Episode gemäss ICD-10 F3 habe somit nicht bestanden. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin stellten Varianten der Norm i.S. von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert besässen (im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen). Die ICD-10 ordne sie nicht den Störungen zu, sondern den «Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewahrung, Z-Kodierung)». Es seien aus psychiatrisch- psychotherapeutischer Sicht auch keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und / oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Der von der versicherten Person beschriebene sehr geringe Konsum von Alkohol sei als sozial üblich einzuordnen. Es bestehe gemäss Angaben der Beschwerdeführerin darüber hinaus eine Abstinenz bzgl. nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen (inkl. Tabak und Drogen), was auf zumindest angemessene innerseelische Ressourcen hinweise. Die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Aktivitäten des täglichen Lebens blieben zwar auch auf empathische Nachfrage vage, oberflächlich, ausweichend und unklar (Termine wahrnehmen, einkaufen gehen, familiäre Kontakte pflegen). Der soziale Kontext sei aber objektiv geordnet (wenn auch subjektiv eingeschränkt). Die Beschwerdeführerin pflege regelmässig soziale Kontakte. Sie beschreibe die Fähigkeit, ihre innerseelischen Defizite mit entsprechender Anstrengung zu überwinden (vgl. Kindbetreuung). Die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zu vor Eintritt der Gesundheitsschädigung) durch die Beschwerdeführerin sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf/ Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) vollständig durch ihre Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Überwindung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch- psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich (vgl. erhaltene, bzw. wieder gewonnene Fähigkeit, alltägliche Tätigkeiten ausüben zu können, soziale / familiäre Kontakte zu pflegen, regelmässig Termine wahrzunehmen). Eine relevante (20 % von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht zu begründen (für jede Art ausserhäuslicher Tätigkeiten und für Arbeiten im Haushalt). Von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung (1. März

2016) ausgegangen werden. Aus rein medizinisch- theoretischer Sicht sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachvollziehbar, dass die mit einer Anpassungsstörung verbundenen Defizite zu einer kurzfristigen (bspw. 4 bis 6-wöchigen) vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen könnten (für die angestammte Tätigkeit, für Verweistätigkeiten und / oder für Arbeiten im Haushalt). Im Fall der Beschwerdeführerin könne somit die in den Akten für April bis bspw. Juni 2014 attestierte Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Es bleibe unklar, weshalb danach gemäss Dr. med. B.\_\_\_\_ bis 31. August 2015 weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben solle. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit im Bericht vom 23. Februar 2016 Dr. med. F.\_\_\_\_ stehe schliesslich im Widerspruch zu jener vom September 2015, was nicht verstehbar werde.

5.5 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 17. August 2016 (IV-Nr. 74) aus, es sei tatsächlich so, dass die im IV-Arztbericht von Frau Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 10. September 2015 erwähnten Diagnosen aus Sicht der Rechtsprechung normalerweise nicht invalidisierend seien. Trotz alledem sei aufgrund der Akten eine psychische Instabilität und Überforderung aus seiner Sicht nachvollziehbar, jedoch nicht in dem geschilderten Ausmass einer vollen und kompletten Arbeitsunfähigkeit. Dagegen erscheine das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ in seiner Anamneseerhebung, der diagnostischen Diskussion und der Herleitung der Arbeitsfähigkeit als zu kurz, zu wenig ausführlich und es berücksichtige die Vorakten nur in einem mangelhaften Ausmass. Auch der Psychostatus erscheine tendenziell oberflächlich und wenig fundiert. Auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden.

5.6 Im psychiatrischen Privatgutachten von med. pract. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 1. September 2016 (IV-Nr. 77) werden folgende Diagnosen gestellt: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Mittelgradige depressive Episode ICD-10 F32.1 Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Waschwang ICD-10 F42.1 - Akzentuierte Persönlichkeitszüge (mit ängstlich-abhängigen Anteilen) ICD-10 Z73 Zur Persönlichkeitsstruktur der Patientin gehörten neben dem Leistungsstreben wie auch bei der Mutter eine Tendenz zu Selbstvorwürfen, eine starke Angst vor Fehlern und damit verbunden auch eine fehlende Abgrenzungskompetenz. Die Persönlichkeitsmerkmale seien zwar akzentuiert, sie erfüllten jedoch nicht die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (PSt); auch nicht die einer kombinierten PSt. Es würden akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-abhängigen Anteilen bleiben, die zwar ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Explorandin seien, jedoch die spätere pathologische Entwicklung (mit-)erklären könnten. Die Depression der Explorandin liege heute noch vor. Der Psychostatus führe zu einer mittelgradigen depressiven Episode nach ICD-10. Unter Berücksichtigung der Klinik sei die mittelgradige Depression für den Untersuchungszeitpunkt mit Tendenz zur leichten depressiven Episode einzuordnen. Diese depressive Episode könne sich überwiegend wahrscheinlich aufgrund der oben behandelten auffälligen Persönlichkeitsstruktur entwickelt haben. Diese Persönlichkeit habe durch die dysfunktionalen Verhaltensmuster (mit) dazu geführt, dass die sich nicht abgrenzen könnende Explorandin sich, insbesondere nach der Geburt, überfordert habe. Es scheine weniger das Kind alleine zu sein, das dies bewirkt habe, sondern das Zusammenspiel der Arbeitsbedingungen, der Persönlichkeitsstruktur und der neuen Herausforderungen als Mutter hätten zur zunehmenden affektiven Dekompensation geführt, die dann im Übergang 2013/14 ganz in einer Depression aufgegangen sei. Es scheine über die Zeit zu einer Reduktion der Depression gekommen zu sein, jedoch noch nicht zu einer Remission. Gewisse Schwankungen seien möglich. Insbesondere die aktuelle Therapiephase scheine der

Explorandin klar zu helfen. Sie arbeite an den richtigen und wichtigen Punkten. Blockierend für eine erfolgreiche Rückkehr in die Arbeitswelt sei ihre immer noch bestehende Angst, die sich offenbar bis zu panikartigen Zuständen steigern könne, die Leistungen nicht ausreichend gut erfüllen zu können. Sie scheitere da noch an ihren eigenen Ansprüchen, woran weiter zu arbeiten sein werde. Der Waschzwang sei als Diagnose zu geben, zum jetzigen Zeitpunkt jedoch ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die beschriebenen Träume würden für die Diagnose von Alpträumen nicht ausreichen. Gleiches gelte für das auffällige Essverhalten, das jedoch (noch) keine Diagnose nach ICD-10 erfülle. Das ICF (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Linden & Baron, 2009) sei im Rahmen dieses Gutachtens wie folgt zu diskutieren: Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei leicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien mittel beeinträchtigt. Die fachliche Kompetenz sei für die angestammte Tätigkeit mittel beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei noch mittel beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei gegeben. Die Gruppenfähigkeit ebenso. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei leicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei leicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sei gegeben. Die Wegefähigkeit ebenso. Zur Arbeitsfähigkeit hielt med. pract. D. \_\_\_ fest, in der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 20%ige Arbeitsfähigkeit, denn die Verhaltens- und Denkmuster seien noch nicht ausreichend therapeutisch bearbeitet worden, um die Explorandin in der angestammten Tätigkeit wieder sinnvoll für den Arbeitgeber und sich selber einzusetzen. In einer angepassten Tätigkeit wie z. B. Home Office Arbeit seien 50 % möglich, jedoch nicht in Funktion einer Führungskraft. Erst im weiteren therapeutischen Verlauf werde sich zeigen, ob die Explorandin in die Lage kommen werde, sich unter veränderten innerpsychischen Bedingungen solchen Herausforderungen zu stellen. Zurzeit würden die 50 % gelten für Tätigkeiten ohne Zeitdruck. Hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit führte med. pract. D. \_\_\_ aus, insgesamt gebe es in den Berichten der behandelnden Ärzte wohl Hinweise auf eine auffällige Persönlichkeitsstruktur der Explorandin sowie eine depressive Entwicklung. Die Persönlichkeitsstruktur führe jedoch nicht direkt zur einer arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnose und die Depression sei nur eingeschränkt belegt, so dass phasenweise wohl eine mittelgradige Depression überwiegend wahrscheinlich erscheine; Ende 2015 / Anfang 2016 müsse aber auch eine leichte Depression für möglich erachtet werden. Rückblickend könne allenfalls für April 2014 bis Sommer 2015 eine mittelgradige depressive Episode als überwiegend wahrscheinlich angenommen werden, für die Zeit danach sei eine solche nur möglich. Die aktuelle Psychotherapie sei unbedingt fortzuführen. Eine Psychopharmakaoptimierung könnte helfen. Med. pract. D. \_\_\_ erachte es jedoch für überwiegend wahrscheinlich, dass v.a. durch psychotherapeutische Massnahmen weitere und vor allem nachhaltige Verbesserungen erreichbar seien. Des Weiteren setzte sich med. pract. D. \_\_\_ mit dem Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ auseinander: Beim Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ falle zu Beginn auf, dass die Anamnese recht kurz wirke. Unter Punkt 3 würden von der Explorandin angegebene Symptome angeführt. Diese würden klar auf eine depressive Problematik hinweisen. Dr. med. C. \_\_\_ verweise vor dem Anführen des Psychostatus auf das AMDP-System. Somit sei davon auszugehen, dass er den Psychostatus nach dem AMDP-System erstellt habe. Wenn dies so sei, dann sei festzuhalten, dass Items wie

Gedächtnis, Konzentration, Orientierung und Merkfähigkeit nicht wie vorgegeben mit Tests überprüft worden seien. Bis etwa zur Hälfte des Psychostatus würden Angaben angeführt, die nicht zu einem Psychostatus nach AMDP-System gehörten. Der Psychostatus sei sehr knapp und zusammenfassend. Es fehlten viele der über 100 möglichen Items. Wo klare Items des AMDP angegeben würden, werde teilweise nicht klar, ob wirklich nachgefragt und überprüft worden sei oder einfach nach äusserer Einschätzung geraten worden sei, was entgegen dem AMDP-System sei. Es fänden sich Beschreibungen der Persönlichkeit, die ebenfalls nicht nach AMDP-System vorgesehen seien. Die Intelligenz sei unauffällig, jedoch sei auch die Intelligenz kein AMDP-Item und könne nur mit modernen und umfassenden IQ-Tests überprüft werden. Obwohl von bedrückter Stimmung und Weinerlichkeit geschrieben werde, finde dies keine Erwähnung mit AMDP-Items wie Affektinkontinenz und Depressivität. Es fänden sich keine erkennbar abgebildeten Selbstbeurteilungssitems wie vom AMDP-System vorgegeben. Unter 3. des Gutachtens gemachte Angaben der Explorandin flössen erkennbar nicht in den Psychostatus ein, obwohl dies nach AMDP lege artis und notwendig wäre. Das AMDP-System sei klar vorgehend, dass ein Teil der Items Selbstbeurteilungssitems (5), ein Teil Fremdbeurteilungssitems (F) und andere F+S-Items zu sein hätten. Dieser Tatsache werde in dem von Dr. med. C.\_\_\_\_ erhobenen Psychostatus an keiner Stelle Rechnung getragen. Im Gegenteil betone er im weiteren Verlauf des Gutachtens immer wieder, dass die Angaben der Explorandin subjektiv seien. Dies sei vom AMDP-Pychostatus-System eben explizit gefordert und auch aus der psychiatrisch-klinischen Praxis heraus seien viele Einschätzungen des Befindens von Menschen nur auf Basis ihrer Angaben möglich. Ob diese schlüssig wirkten, sei dann wieder von einem Gutachter zu überprüfen, was Dr. med. C.\_\_\_\_ aber kaum mache, da er die Angaben der Explorandin als nur subjektiv nicht gelten lasse für seine Beurteilung. Auch die Herbeiziehung des MADRS ändere nichts daran, da dieser als Fremdbeurteilungsbogen wieder nur die Ansicht des Beurteilers berücksichtige und nicht die relevanten Angaben der Explorandin. Der Psychostatus sei deswegen als fehler- und mangelhaft einzustufen, besonders, da explizit auf das AMDP-System verwiesen werde. Auf diesen Psychostatus könne für eine Beurteilung nicht abgestellt werden, es sei damit rückblickend nicht seriös möglich, von diesem Psychostatus eine psychiatrische Störung abzuleiten. Bereits im Psychostatus verweise Dr. med. C.\_\_\_\_ auf auffällige Persönlichkeitszüge der Explorandin, die er mit der Auswertung des MMPI unterfüttere. Trotz dieser Feststellung diskutiere der Autor an keiner Stelle, dass die Persönlichkeitsstruktur eben auch in der Exploration präsent sei und damit eine störungsbedingte Verstärkung der Präsentation von Symptomen vorliegen könnte. Dass Dr. med. C.\_\_\_\_ ohne weitere differenzierende Diskussion eine Verdeutlichungstendenz bei der Explorandin festhalte, erachte er, med. pract. D.\_\_\_\_, in seiner Form für unzulässig. Den Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ zur Diskussion des Nichtvorhandenseins einer depressiven Episode könne aufgrund des mangelhaften Psychostatus, mit klarer Tendenz nur die eigene Meinung und Sichtweise gelten zu lassen, nicht gefolgt werden. Ihm sei zu widersprechen, dass keine Befunde vorlägen, die für eine Depression sprächen, denn er verwende nur seine Sichtweise, denn es seien unbedingt Angaben der zu Untersuchenden anzuführen, zu verwerten und allenfalls zu diskutieren, sollten sich Diskrepanzen zeigen. Dr. med. C.\_\_\_\_ behaupte, auch aufgrund der vorliegenden Unterlagen sei rückblickend keine Depression festzustellen, ohne dies ausreichend differenziert zu diskutieren und zu belegen. Aufgrund der oben angegebenen, dargelegten und diskutierten Mängel könne nicht auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ abgestellt werden. 5.7 In seiner Stellungnahme

vom 23. November 2016 (IV-Nr. 79) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ vom RAD fest, wie bereits im August 2016 erwähnt, könne nicht auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ abgestellt werden. Insgesamt erscheine das Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ im Gegensatz dazu ausführlich, und es diskutiere die gesamte Situation aus psychischer wie auch struktureller (persönlichkeitsbezogener) Sicht. Die Diagnostik sei nachvollziehbar hergeleitet. Somit könne grundsätzlich von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden. Dass eine Führungsfunktion derzeit nicht sinnvoll und zumutbar sei, sei ebenso plausibel. Die Statusfrage, also die Frage nach dem Wunschenpensum unter guter Gesundheit, bleibe dagegen unklar. Immerhin arbeite der Ehemann inzwischen und verdiene dabei ein Einkommen, hinzu kommt die Aussage der Versicherten im Rahmen der Begutachtung durch med. pract. D.\_\_\_\_, dass sie nach der Niederkunft ein Arbeitspensum von 60 % geplant habe, dies aber aus verschiedenen anderen Umständen (u.a. der damaligen Verdienstlosigkeit des Ehemannes) heraus nicht habe umsetzen können (s.a. Gutachten med. pract. D.\_\_\_\_, Seite 10).

5.8 Im Verlaufsbericht vom 9. Februar 2017 (IV-Nr. 83, S. 50) führte Dr. med. F.\_\_\_\_ (visiert durch Dr. med. B.\_\_\_\_) aus, die ambulante psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung sei ohne Unterbrüche fortgeführt worden, wobei seither zehn psychotherapeutische Sitzungen bei Frau lic. phil. H.\_\_\_\_ und sechs psychiatrische Sitzungen betreffend Medikation und klinischer Beurteilung bei Dr. med. F.\_\_\_\_ stattgefunden hätten. Im Gesamtverlauf zeige sich seither ein nur leicht gebesserter Zustand, wobei die gestörte Persönlichkeitskomponente neben der persistierenden depressiv gefärbten Erschöpfungssymptomatik immer deutlicher in den Vordergrund rücke. Dies zeige sich in einer dysfunktionalen Fixierung emotionaler und kognitiver Muster. Über den Gesamtverlauf liege eine Zustandsverbesserung im affektiven Bereich bei Persistenz einer ausgeprägten Erschöpfungs- und Persönlichkeitsproblematik vor. Eine Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit, wie sie vor der Erkrankung bestanden habe, sei deshalb weiterhin nicht zumutbar. Grundsätzlich würde die leichte Zustandsverbesserung die Wiederaufnahme beruflicher Massnahmen durch die IV in einem geschützten, dem Leiden angepassten Bereich rechtfertigen. Diese Möglichkeit liege jedoch von Seiten der IV zurzeit nicht vor. Die Beschwerdeführerin strebe deshalb zurzeit einen selbständigen Arbeitsversuch an einem möglichst flexiblen Arbeitsort in einem niedrigen Pensum an. Der gesundheitliche Verlauf unter dieser Massnahme müsse im Verlauf beurteilt werden. Längerfristig (das heisse innerhalb der nächsten zwei Jahre) gehe man unter Fortführung der therapeutischen Massnahmen weiterhin von einer beruflichen Reintegrierbarkeit zumindest in einem Teilpensum aus, was auch der therapeutischen Zielsetzung entspreche. Weiterhin sei die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin als deutlich reduziert einzustufen, so dass eine erneute berufliche Überforderung zum jetzigen Zeitpunkt unverändert mit einem hohen Risiko der weiteren Zustandsverschlechterung und somit mit einer Verschlechterung der Prognose einhergehen würde. Es sei davon auszugehen, dass eine deutliche berufliche Entlastung während der nächsten zwölf Monate die Langzeit-Prognose günstig beeinflussen würde.

6. Die Beschwerdegegnerin stellte sich in ihrem Entscheid auf den Standpunkt, nach geltender Rechtsprechung würden leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapierbar und somit als nicht invalidisierend gelten. In der Konsequenz bedeute dies, dass im vorliegenden Fall in psychiatrischer Hinsicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Das Bundesgericht hat jedoch mit Urteil 8C\_841/2017 vom 30. November 2017 die vorgenannte Rechtsprechung geändert. Gemäss der bisherigen Rechtsprechung zu leichten bis mittelschweren Depressionen konnten entsprechende Erkrankungen nur dann als

invalidisierend in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen «therapieresistent» waren. Mit der vom Bundesgericht vorgenommenen Praxisänderung gilt dies nicht mehr in dieser absoluten Form. Die entscheidende Frage ist wie bei anderen psychischen Erkrankungen, ob es der betroffenen Person gelingt, auf objektivierter Basis den Beweis einer invalidisierenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Diesbezüglich ist eine Indikatorenprüfung vorzunehmen. Somit ist im nachfolgenden zu prüfen, ob mit den vorliegenden medizinischen Akten eine beweiswertige Grundlage zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vorliegt.

6.1 6.1.1 Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 12. April 2016 (IV-Nr. 60.1) erfüllt grundsätzlich die Beweisanforderungen, welche die Rechtsprechung an ein Gutachten stellt. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen des Experten begründet (BGE 125 V 352). Sodann erscheint das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ auch unter Berücksichtigung der Befunderhebung und der Testergebnisse im Resultat grundsätzlich stimmig. Sodann befasst sich Dr. med. C. \_\_\_ nachvollziehbar mit verschiedenen möglichen Diagnosen (S. 18 ff. des Gutachtens) und begründet seine Diagnosestellung einleuchtend. Zudem setzt sich Dr. med. C. \_\_\_ eingehend mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander und zeigt deren Lücken auf (S. 16 f. des Gutachtens): In den Berichten 2014 / 2015 von Dr. med. B. \_\_\_ werde zunächst eine schwere (F32.2), zuletzt leichte (F32.0) depressive (Einzel-) Episode attestiert, die ab 7. April 2014 zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Diese Episode werde jedoch nie mit Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben und / oder diskutiert. Die objektivierbaren psychopathologischen Befunde vom 26. August 2014 sowie vom 4. März, 26. Juni und 8. September 2015 liessen insgesamt ein unspezifisches ängstlich- depressives Syndrom qualitativ knapp erkennen (im Denken sprunghaft / Gedankenabreissen / eingeengt, Logorrhoe, weinerlich, Konzentrationsstörungen sowie ängstlich, niedergeschlagen, affektlabil, gereizt, agitiert, wütend). Der Schweregrad bleibe jedoch stets unklar. Auf akzentuierte (angepasst, leistungsorientiert sowie ängstlich- vermeidend / selbstunsicher) Persönlichkeitszüge und psychosoziale Belastungen (Arbeitslosigkeit des Ehemannes / finanzielle Sorgen, berufliche Neuorientierung des Ehemannes, Geburt eines Kindes, Belastungen am Arbeitsplatz sowie Vorgesetztenwechsel, neue Aufgabengebiete, Kündigung der Anstellung) werde im Verlauf regelmässig hingewiesen. Im September 2015 werde festgestellt, dass die bisherige Tätigkeit weiterhin grundsätzlich zumutbar sei. Eine Weiterführung des Arbeitstrainings sei möglich. Im Verlaufsbericht vom 23. Februar 2016 werde dann mit Bezug auf eigene Berichte vom Februar und Juli 2015 festgestellt, dass diese «mangelhaft und unvollständig» seien. Diese Feststellung werde jedoch weder erörtert, noch inhaltlich differenziert diskutiert. Es würden zwar eine «schwere Erschöpfungsdepression / Burn-out mit protrahiertem Verlauf» attestiert und hierfür die Kodierung F32 gemäss ICD-10 verwendet. Dieses Attest bleibe aber bezüglich Differenzierungsgrad sogar hinter den bisherigen (spärlichen) Angaben zurück. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit schliesslich stehe im Widerspruch zu jener vom September 2015, was aufgrund des Berichts vom 23. Februar 2016 aber nicht verstehbar werde. Die Beurteilungen zwischen 2014 und 2016 durch die behandelnden Psychiater seien aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht kritisch differenziert nachvollziehbar. Am grundsätzlichen Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. C. \_\_\_

vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin bzw. die Kritik von med. pract. D.\_\_\_\_ sowie von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom RAD nichts zu ändern. Die Beschwerdeführerin und der Privatgutachter med. pract. D.\_\_\_\_ bringen vor, Dr. med. C.\_\_\_\_ sei bei der Aufnahme der persönlichen Anamnese anders als med. pract. D.\_\_\_\_ nicht nach dem AMDP-System vorgegangen (AMDP: Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie). Jedoch schreiben weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den Richtlinien der AMDP vor (Urteile des Bundesgerichts 8C\_734/2016 vom 12. Juli 2017 E. 3.9; 8C\_105/2017 vom 6. Juni 2017 E. 4.4; 9C\_715/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3.2). Die Leitlinien stellen eine Orientierungshilfe für die gutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten (Hans-Jakob Mosimann, Beitrag der Leitlinien für die Rechtsprechung, SZS 2016 S. 513). Ein Gutachten verliert demnach nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an diese anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_433/2017 vom 12. September 2017 E. 3.4.1). Dass Dr. med. C.\_\_\_\_ in einer Fussnote auf das AMDP-System verweist, hiernach aber offensichtlich keine exakte Prüfung nach AMDP vornimmt, ist zwar als verwirrend zu bezeichnen, führt aber nicht dazu, dass sein Gutachten von vornherein gänzlich als nicht verwertbar zu erachten wäre, zumal die Rechtsprechung solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zuerkennt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.3). Wohl ergänzen die nach AMDP-Regeln erfassten Psychopathologien die klinische Befundung, ersetzen sie jedoch nicht (Urteil 8C\_266/2012 vom 2. Juli 2012 E. 4.1 mit Hinweisen; Leitlinien der Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: Schweiz. Ärztezeitung [SAeZ] 2004 S. 1051). Es bedarf der zusätzlichen Objektivierung der Befunde. Schliesslich vermögen auch die Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ vom 17. August 2016 vom RAD den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht zu entkräften. So bringt Dr. med. G.\_\_\_\_ lediglich pauschal vor, das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ erscheine in seiner Anamneseerhebung, der diagnostischen Diskussion und der Herleitung der Arbeitsfähigkeit als zu kurz, zu wenig ausführlich und es berücksichtige die Vorakten nur in einem mangelhaften Ausmass. Auch der Psychostatus erscheine tendenziell oberflächlich und wenig fundiert. Diesen Ausführungen kann nach dem Gesagten nicht gefolgt werden. Dr. med. G.\_\_\_\_ bringt denn auch nicht konkret vor, inwiefern das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ mangelhaft sein soll. Zusammenfassend erscheint das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ überzeugend. Seine Schlussfolgerungen und die Begründung der Arbeitsfähigkeit sind nachvollziehbar. Im Übrigen kann beim Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ auf ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 verzichtet werden, nachdem dieser eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint hat (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3). Schliesslich ist hinsichtlich der Rügen der Beschwerdeführerin gegen Dr. med. C.\_\_\_\_ festzuhalten, dass im vorliegenden Fall keine konkreten Gründe ersichtlich sind, welche eine Befangenheit von Dr. med. C.\_\_\_\_ zu begründen vermöchten. Bezüglich der von Beschwerdeführerin behaupteten allfälligen fehlenden Unabhängigkeit im Zusammenhang mit einer wirtschaftlichen Abhängigkeit des Gutachters von der IV-Stelle hat das Bundesgericht zudem in ständiger Rechtsprechung ausgeführt: «(...) Der Umstand, dass ein Arzt wiederholt von einem Sozialversicherungsträger als Gutachter beigezogen wird, stellt für sich allein keinen Ausstandsgrund dar (RKUV 2001 Nr. KV 189 S. 490 E. 5b, K 6/01, 1999 Nr. U 332 S. 193 E. 2a/bb; Urteile I 371/05 vom 1. September 2006,

E. 5.3.2, I 415/05 vom 29. September 2005, E. 2, I 40/02 vom 22. Januar 2003, E. 3.2, und I 218/00 vom 14. Juni 2000, E. 4b). Daran ist trotz gelegentlich in Rechtsschriften und in der Literatur vorgebrachter Kritik, wer dem Versicherungsträger wirtschaftlich nahe stehe, könne nicht unparteiisch sein (Alfred Bühler, Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff., 220 f.; Leo R. Gehrler, Zur Erhebung und Würdigung medizinischer Entscheidungsgrundlagen im Sozialversicherungsrecht, SJZ 2000 S. 461 ff., 462 f.), festzuhalten. Wenn angestellte Ärzte, die wirtschaftlich vollständig von ihrem Arbeitgeber abhängig sind, nicht allein aus diesem Grund als befangen abgelehnt werden können (BGE 132 V 376 E. 6.2 S. 382, 123 V 175 E. 4b S. 179, 122 V 157 E. 1c S. 161 f.), vermag aus dem gleichen Grund auch eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit für die Verwaltung keine Befangenheit im Sinne von Art. 36 ATSG zu begründen, selbst dann nicht, wenn der betreffende Gutachter sein Einkommen vollständig durch Gutachtensaufträge der Invalidenversicherung erzielen sollte. Die Bestimmung des Art. 58 BZP gilt gemäss Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 55 Abs. 1 ATSG im Verwaltungsverfahren nur "sinngemäss" (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353), was erlaubt, den systembedingten Unterschieden zwischen Verwaltungs- und Gerichtsgutachten Rechnung zu tragen (BGE 123 V 331 E. 1b S. 332 f.). Verlangt wird auch vom Verwaltungsgutachter eine fachlich-inhaltliche Weisungsunabhängigkeit im Einzelfall, die aber nicht allein deswegen verneint werden kann, weil die begutachtenden Personen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen (BGE 132 V 376 E. 6.2 S. 382, 123 V 175 E. 4b S. 179, 122 V 157 E. 1c S. 161 f.). Umso weniger ist ein externer Arzt allein schon deshalb befangen, weil er von einem Versicherungsträger wiederholt als Gutachter beigezogen wird (Urteil vom 28. August 2007, 9C\_67/2007).» Im Übrigen kann die Beschwerdeführerin keine weiteren konkreten Umstände vorbringen, welche eine Befangenheit von Dr. med. C.\_\_\_\_ begründen. Befangenheitsgründe für Dr. med. C.\_\_\_\_ sind denn auch keine ersichtlich, weshalb eine solche im vorliegenden Fall zu verneinen ist.

6.1.2 Sodann ist auf das von der Beschwerdeführerin veranlasste psychiatrische Privatgutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ vom 1. September 2016 (IV-Nr. 77) einzugehen. Dieses erfüllt ebenso wie das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ grundsätzlich die Beweisanforderungen, welche die Rechtsprechung an ein Gutachten stellt, ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die Schlussfolgerungen von med. pract. D.\_\_\_\_ sind begründet (BGE 125 V 352). Zudem setzt sich med. pract. D.\_\_\_\_ ebenfalls sehr kritisch – und teilweise in Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ – mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander (S. 17 des Gutachtens): Der Psychiater Dr. med. B.\_\_\_\_ gebe am 4. März 2015 eine mittelgradige depressive Episode und eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung an. Deswegen liege gemäss diesem eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Es finde sich im Bericht zwar ein Befund, dieser sei jedoch recht knapp. Nur in Zusammensicht mit den sonstigen klinischen Beschreibungen fänden sich ausreichend Kriterien für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt. Warum dies zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit führen solle, erkläre sich jedoch nicht ausreichend aus diesem Bericht. Dr. med. B.\_\_\_\_ berichte am 8. September 2015 von einer leichten depressiven Episode, bis zum 31. August 2015 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Für die Zeit danach fänden sich im Bericht keine Angaben.

Am 23. Februar 2016 korrigiere der Autor dann seine Angaben vom 8. September 2015 mit der Begründung, wegen eines Therapeutenwechsels sei eine falsche Diagnose angegeben worden. Er führe nun eine schwere Erschöpfungsdepression / Burnout mit protrahiertem Verlauf an und codiere mit ICD-10 F 32, was nur bedeute, dass eine depressive Episode vorliege, jedoch nicht welcher Schweregrad. Ein Burnout sei hingegen keine F-Diagnose und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und eine Erschöpfungsdepression sei als Diagnosebegriff im ICD-10 nicht vorgesehen. Im Bericht fänden sich vor allem psychotherapeutische Überlegungen im Sinne der Darstellung eines Störungsmodells. Ein Befund im eigentlichen Sinn sei nicht angegeben, es werde vom aktuellen Zustand geschrieben, der jedoch so knapp sei, dass sich daraus keine schwere depressive Episode ableiten lasse, wenn auch aufgrund der klinischen Beschreibungen eine leichte bis mittelgradige depressive Episode möglich erscheine. Der Aussage, dass keine Wiedereingliederungsmassnahme verfrüht begonnen werden solle, sei, auch auf Basis der Persönlichkeitsstruktur, die dazu nach dem Autor nicht (sicher) einer Persönlichkeitsstörung entspreche, nicht zu folgen, da jeder Tag, der eine Arbeitsabstinenz beinhalte, die Reintegration bei Depression erschwere. Des Weiteren diskutiert med. pract. D. \_\_\_ ausführlich die in Frage kommenden Diagnosen und deren Kriterien (vgl. S. 19 des Gutachtens) und begründet seine Diagnosestellung schlüssig. Zudem stützt sich med. pract. D. \_\_\_ in seinem Gutachten auf einen ausführlich erhobenen Psychostatus und kommt gestützt darauf nachvollziehbar zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode vorliege. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 20%ige Arbeitsfähigkeit, in einer angepassten Tätigkeit seien 50 % möglich. Die Schlussfolgerungen von med. pract. D. \_\_\_ erscheinen insgesamt einleuchtend. Wie vorgehend festgehalten, sind gemäss Urteil 143 V 409 sämtliche psychiatrischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen, wenn, wie im Gutachten von med. pract. D. \_\_\_, eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde. Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295 f.). Gemäss BGE 141 V 281 wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist auf die vorgehend unter E. II. 5.6 gemachten Ausführungen zu verweisen. Med. pract. D. \_\_\_ diskutiert darin ausführlich die Ausprägung der Befunde und die Einschränkungen in den verschiedenen Bereichen. Gestützt darauf kommt er zum Schluss, der Psychostatus führe zu einer mittelgradigen

depressiven Episode nach ICD-10. Unter Berücksichtigung der Klinik sei die mittelgradige Depression für den Untersuchungszeitpunkt mit Tendenz zur leichten depressiven Episode einzuordnen. Es bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» führte med. pract. D. \_\_\_ aus, die bisherige Therapie sei seines Erachtens angemessen gewesen. Soweit erkennbar, sei die Kooperation bei den verordneten Behandlungen gut gewesen. Gemäss fachärztlicher Abklärung bestünden keine weiteren neuen Therapieoptionen, mit denen eine relevante Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. Bezüglich des Eingliederungserfolgs ist den Akten zu entnehmen, dass das Belastbarkeitstraining im Jahr 2015 abgebrochen und in diesem Zusammenhang auf eine teilweise ungenügende Kooperation der Beschwerdeführerin hingewiesen wurde (vgl. IV-Nr. 34). Aufgrund der Akten erscheint eine grundsätzliche Motivation der Beschwerdeführerin zur beruflichen Wiedereingliederung aber erstellt zu sein, was sich auch an der per 15. Februar 2017 angetretenen Stelle in einem 40%-Pensum zeigt (IV-Nr. 83, S. 24). Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. Nachdem neben der mittelgradigen depressiven Episode keine sonstigen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, braucht auf diesen Indikator nicht weiter eingegangen zu werden. Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» geht aus dem Gutachten hervor, die depressive Episode könne sich überwiegend wahrscheinlich aufgrund der oben behandelten auffälligen Persönlichkeitsstruktur entwickelt haben. Diese Persönlichkeit habe durch die dysfunktionalen Verhaltensmuster (mit) dazu geführt, dass die sich nicht abgrenzen könnende Explorandin sich, insbesondere nach der Geburt, überfordert habe. Es scheine weniger das Kind alleine zu sein, das dies bewirkt habe. Vielmehr habe das Zusammenspiel der Arbeitsbedingungen, der Persönlichkeitsstruktur und der neuen Herausforderungen als Mutter zur zunehmenden affektiven Dekompensation geführt, die dann im Übergang 2013/14 ganz in einer Depression aufgegangen sei. Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei leicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien mittel beeinträchtigt. Die fachliche Kompetenz sei für die angestammte Tätigkeit mittel beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei noch mittel beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei gegeben. Die Gruppenfähigkeit ebenso. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei leicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei leicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sei gegeben. Die Wegefähigkeit ebenso. Die Explorandin verfüge aus psychiatrischer Sicht über ausreichende Differenziertheit, um ihre Ressourcen zum besseren Umgang mit sich selber in Zusammenschau im Umgang mit anderen (v.a. am Arbeitsplatz) zu entwickeln. Zum Komplex «sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, die Ehe der Beschwerdeführerin sei gekennzeichnet durch tiefes gegenseitiges Vertrauen, sicher auch Liebe. Seit der Geburt des Sohnes und ihrer Erkrankung sei es distanziert. Sie schlafe mit dem Kleinen im Ehebett und der Ehemann im Kinderzimmer. Sie erlebe dennoch weiter Sicherheit in ihrer Beziehung. Sie habe einen fast 4-jährigen Sohn, der beschäftigt sein

wolle. Sie schaue zu ihm, bringe ihn aber auch mal zur KiTa oder zur Mutter. Im Haushalt wasche sie alle 2 Wochen die Wäsche. Die Mutter habe eine Putzfrau organisiert. Auch zum Glätten habe sie jemanden. Ihr Mann koche und kaufe ein. Sie wasche kaum noch ab. Sie versuche Ordnung zu halten, aber sie schaffe es nicht. Sie sei müde. Bis mittags werde sie kaum wach. Sie sitze mit dem Sohn und schaue KiKa. Sie würden im Haus der Grossmutter in einer 3.5-Zimmer-Wohnung wohnen, mit Garten. Manchmal gehe sie mit dem Sohn spielen, aber sie schaffe es kaum länger als eine halbe Stunde, was ihr wieder schlechtes Gewissen bereite. Abends komme der Ehemann heim, koche das Nachtessen. So gut es gehe würden sie sich über das Tagesgeschehen unterhalten, aber sie sei oft nicht aufmerksam. Früher sei sie sehr gesellig gewesen, sie hätten Freunde getroffen. Sie sei auch körperlich aktiv gewesen. Mittlerweile habe sie sich zurückgezogen, da es ihr zu anstrengend sei. Eine Freundin melde sich jede Woche telefonisch, was ihr aber zu viel werde. Sie blocke ab, da sie die ständigen Fragen nicht mehr ertrage. Auch die geplanten Ferien habe sie abgesagt. Die ganze Verwandtschaft in Italien hätte sie nicht ertragen, habe sie gedacht. Sie meide schon nicht Gesellschaft, sie ziehe sich aber eher zurück, wolle sich nicht rechtfertigen. Auch Konversation überhaupt schaffe sie nicht (mehr). Andererseits wolle sie die Kontakte auch nicht langfristig verlieren. Noch habe der Freundeskreis sich nicht zurückgezogen. Sie sei froh, könne sie mehr für sich sein. Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, es zeige sich eine 43-jährige Explorandin, die offen wirkend über sich, ihr Leben und ihre Beschwerden berichte. Es hätten sich keine Hinweise auf Aggravation und Simulation ergeben. Die beklagten Leiden würden sich konsistent in vergleichbaren Lebensbereichen auswirken. Aus gutachterlicher Sicht sei er, med. pract. D.\_\_\_\_, vom Bestehen der geltend gemachten Behinderungen überzeugt. Nach dem Gesagten erweist sich das psychiatrische Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ und seine Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auch im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung betreffend Indikatorenprüfung als beweiswertig und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin verwiesen werden, welches unter der Beachtung der vorgängig geprüften Indikatoren festgelegt wurde. 6.1.3 Zusammenfassend ist somit gestützt auf die vorgehenden Ausführungen festzuhalten, dass mit dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ und dem Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ in den Akten zwei grundsätzlich beweiswertige psychiatrische Gutachten vorliegen, welche jedoch diametral gegensätzliche Beurteilungen enthalten. Bei dieser Konstellation kann das Versicherungsgericht weder dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ noch dem Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ den Vorzug geben, zumal für den Beweiswert weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten ausschlaggebend sind. 7. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. E.\_\_\_\_ ein psychiatrisches Gutachten veranlasst. 7.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2019 (A.S. 102 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Beschwerdeführerin eingehend untersucht (S. 15 – 24 des Gutachtens) und die Vorakten studiert hat (S. 2 – 14). Die Aussagen des Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar. Dr. med. E.\_\_\_\_ würdigt die Aktenlage und die Aussagen der Beschwerdeführerin eingehend und begründet ausführlich und nachvollziehbar die von ihm gestellten Diagnosen: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden rezidivierende depressiven Episoden, derzeit leicht bis mittleren Grades ICD:10 F33.0/1, eine

Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicheren, ängstlich vermeidenden, aggressionsgehemmten, zur Abhängigkeit neigenden Typ ICD:10 F61.0; ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lägen Essattacken psychogener Ursache ICD:10 F50.3 sowie anamnestisch Zwangshandlungen leichten Grades (Waschzwang) ICD:10 F42.1 vor. Gemäss ICD:10-Kriterien müsse eine rezidivierende depressive Episode derzeit leicht bis mittleren Grades diagnostiziert werden. Berücksichtige man die Akten, so müsse von einer Chronifizierung der Problematik ausgegangen werden. Die klinisch bekannte Chronifizierung einer Depression gehe mit einer über mehr als zwei Jahre andauernden Therapieresistenz einher. Die Depression habe sich zwar verbessert, sei aber nie über einen längeren Zeitraum vollständig abgeklungen. Vielmehr habe sie sich auf einem Niveau mit einer leichten bis mittelgradigen ausgeprägten Depression eingependelt. Komplizierend komme die familiäre Situation dazu und es dürfe auch nicht vergessen werden, dass die Compliance bezüglich der Medikamente unklar sei. Auch die Frequenz der Psychotherapie sei nicht adäquat gewesen. Das sei aber nicht der fehlenden Schadensminderung geschuldet, sondern der Psychopathologie, die mit einer Flucht in eine fassadäre Gesundheit einhergehe. Die Explorandin sei gedrückter Stimmung, habe einen gewissen Interesseverlust, eine Freud- und Lustlosigkeit, einen verminderten Antrieb, eine erhöhte Ermüdbarkeit und Erschöpfung. Sie habe ein deutlich vermindertes Selbstwertgefühl, was aber auch der Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden müsse, dann aber auch Schuldgefühle, Gefühle der Wertlosigkeit, eine eher ängstliche pessimistische Zukunftssicht und eine leichte Schlafstörung. Es bestünden im Rahmen der psychischen Belastung auch Essattacken (siehe unten). Die Explorandin habe ein leichtes Morgentief, komme morgens nicht aus dem Bett, habe keinen Antrieb, eine mangelnde Fähigkeit, sich auch in einer freundlichen Umgebung wirklich zu entlasten. Zu Hause und bei der Arbeit falle sie, wie sie nachvollziehbar berichte und wie es in der Fremdanamnese mit Herrn I.\_\_\_\_ auch am Arbeitsplatz auffalle, in eine Passivität. Sie kämpfe dauerhaft mit ihrer Erschöpfung, die Teil der Depression sei, könne ihre Entlastung nicht geniessen und vernachlässige angeblich auch die Haushaltsarbeiten. Sie habe einen Interesseverlust, eine mangelnde Fähigkeit auch soziale Kontakte zu geniessen. Sodann müsse bei der Explorandin eine Essstörung psychogener Ursache diagnostiziert werden. Die Explorandin habe Essattacken, ohne dass sie erbrechen müsse. Das Essen sei als eine orale Beruhigung zu verstehen. Ursache für die Essattacken sei die Störung der Selbstregulation, der Regulation des Hunger- und des Sättigungsgefühls, die psychische und familiäre Belastungssituation, in der die Explorandin lebe. Des Weiteren müsse bei der Explorandin als Grundlage der affektiven Störung eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Sie leide an einer seit der Kindheit und Jugend bestehenden Affektregulationsstörung, die im Erwachsenenalter einige Zeit recht gut kompensiert gewesen sei, insbesondere durch einen Leistungsanspruch, den die Explorandin habe erfüllen können und der ihr Selbstwertproblem stabilisiert habe. Sie habe sich so anerkannt gefühlt, obwohl sie innerlich immer eine Selbstunsicherheit mit sich getragen habe. Die gesamte Kompensation der Persönlichkeitsproblematik sei mit der Geburt des Sohnes dekomponiert, als die Explorandin ihre hochgesteckten Ideale auf drastische Weise nicht mehr habe erfüllen können. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die damals mit grosser Wahrscheinlichkeit stattgehabte postpartale Depression in eine dauernde, rezidivierende depressive Symptomatik übergegangen sei und auf dem Boden von vorher schon bestehenden Ressourcen- und Strukturdefiziten zustande gekommen sei. Dies habe damit zu tun, dass die Explorandin in offenbar dysfunktionalen familiären Verhältnissen

aufgewachsen sei, die ihren psychischen entwicklungsbedingten Bedürfnissen nicht adäquat habe entgegenkommen können. Die Explorandin habe höchste Ideale. Komme sie ihnen nicht nach, entwickle sie eine Autoaggressivität, eine Selbstentwertung unter einer strengen kritischen Selbstbeobachtung, die sie dann aber nicht mehr loswerden könne, von der sie sich nicht befreien könne. Dies sei Teil der depressiven Symptomatik, die oben dargelegt worden sei. Es bestehe also eine Wendung der Aggressionen gegen sich selbst, was ebenfalls eine Quelle der depressiven Symptomatik sei. Seit der Dekompensation als Mutter, also der mit grosser Wahrscheinlichkeit vorhandenen postpartalen Depression, leide die Explorandin an einer Dekompensation auf der Coping-Ebene, die zu einer nur teilweisen Reintegration ins Berufsleben geführt habe. Ein eigentliches Sozialleben führe die Explorandin nicht. Auch führe sie eine eher dysfunktionale Ehe, die geprägt sei von Krankheit, Immobilität und Enttäuschung über sich selbst, die an sich gestellten Ansprüche nicht zu erfüllen. Die Persönlichkeitsstörung werde gekennzeichnet durch die Selbstunsicherheit, dann aber auch die Aggressionshemmung im Sinne der Überanpassung resp. Wendung der Aggressionen gegen sich selbst sowie eine ängstliche vermeidende und abhängige Wesensart. Die Explorandin habe sich, während sie viele Jahre bei der J.\_\_\_\_ gearbeitet habe, durch Leistung Respekt und Anerkennung verschaffen können. Als sie nach der Geburt des Sohnes aufgrund ihrer mit grosser Wahrscheinlichkeit vorhandenen postpartalen Depression, die nicht behandelt und nicht erkannt worden sei, über einen längeren Zeitraum hinweg nicht in der Lage gewesen sei, ihren Idealen nachzukommen, also weder im Beruflichen noch als Mutter, sei ihr Selbstwertgefühl dramatisch dekomponiert, weil die inneren Strukturen und die Affektregulation dafür zu instabil und zu sehr darauf angewiesen gewesen seien, nach aussen hin zu funktionieren. Es zeige sich heute ein andauerndes Gefühl der Angespanntheit und Besorgtheit, eine Überzeugung, sozial nicht wirklich attraktiv und durchsetzungsfähig zu sein, eine Sorge in sozialen Situationen kritisiert zu werden und eine Abneigung gegenüber persönlich engeren Kontakten. Die Explorandin habe befürchtet, auch von ihrem Chef gemassregelt zu werden, weil sie persönliche Probleme habe. Die Explorandin befürchte dauernd, von jemandem kritisiert zu werden. Die Explorandin habe eine Tendenz, ihre Bedürfnisse unter die anderen Personen zu stellen, habe eine mangelnde Bereitschaft, auch ihre eigenen Ansprüche und Kritik zu äussern und habe Angst, verlassen zu werden. Gestützt auf diese Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ vermag sodann auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Ob die Tätigkeit als Gemeindeschreiberin und die frühere Tätigkeit bei der J.\_\_\_\_ ebenbürtig seien, könne der Referent nicht beurteilen. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Explorandin in ihrer früheren und der jetzigen Tätigkeit, angenommen sie seien in etwa vergleichbar, zu 50 % beeinträchtigt sei. Diese 50%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründe sich einerseits mit dem Verlauf des bisherigen Krankheitsbildes unter psychotherapeutischer und unsicherer psychopharmakologischer Behandlung, dann aber auch angesichts der schweren Persönlichkeitsproblematik und der rezidivierenden depressiven Episoden, im Grunde genommen einer Chronifizierung derselben. Bei der Explorandin bestehe ein deutliches Ressourcendefizit und eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeiten sowie eine Einschränkung auf allen Aktivitätsebenen. Alle Indikatoren deuteten darauf hin, dass die Explorandin derzeit in einem instabilen, aber einigermaßen kompensierten psychischen Gleichgewicht lebe und arbeite. Die familiäre Situation sei prekär, angesichts der Krankheit des Ehemannes und der unabgegrenzten, parentifizierenden Erziehung des Sohnes, der derzeit (sechsjährig) auch in psychotherapeutische Behandlung gehen müsse. Es bestünden hier also gravierende

innerfamiliäre Belastungsfaktoren. Aufgrund der obigen Darlegung müsse festgestellt werden, dass eine höhere als 4 ½-stündige zeitliche Beanspruchung der Explorandin mittelfristig mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer weiteren Dekompensation führen würde. Die Explorandin leide nach wie vor an einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode und diese könnte sehr rasch wieder exazerbieren, angesichts der Strukturdefizite. Im Rahmen der jetzigen Arbeit, die als angepasst beurteilt werden müsse, bestehe bei halbtägiger Arbeit eine Leistungsfähigkeit von 100 %. Bezüglich des Verlaufes müsse davon ausgegangen werden, dass die Explorandin ab Aufnahme der Wiedereingliederungsmassnahmen wieder 50 % arbeits- und leistungsfähig gewesen sei. Daraus resultiere, dass die Explorandin zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zum 26. Januar 2015 100 % arbeitsunfähig gewesen sei und seither eine 50%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. In diesem Rahmen sei auch das Belastbarkeitstraining durchgeführt worden und ab Februar 2017 habe die Explorandin eine 40%ige Tätigkeit aufgenommen. Es müsse darauf hingewiesen werden, dass es im Rahmen der affektiven Störungen auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung zu erheblichen Schwankungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit kommen könne. Es müsse deswegen die vorliegende 50%ige Bemessung der Arbeits- und Leistungseinschränkung als gemittelt erachtet werden. Des Weiteren setzt sich Dr. med. E. \_\_\_ wohlbegründet mit den beiden, seiner Beurteilung teilweise entgegenstehenden Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 12. April 2016 und von med. pract. D. \_\_\_ vom 1. September 2016 auseinander: Dr. med. C. \_\_\_ stelle keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Er diagnostiziere akzentuierte Persönlichkeitszüge. Dies könne in Anbetracht der lebensgeschichtlichen Ereignisse, über die die Explorandin dem Referenten berichtet habe und die nachvollziehbar und konsistent seien, nicht nachvollzogen werden. Berücksichtige man die Befunde, die subjektiven Angaben und die Lebensgeschichte, so müsse eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Des Weiteren sei die von Herrn Dr. med. C. \_\_\_ diagnostizierte Anpassungsstörung ICD:10 F43.2 bei psychosozialer Belastungsstörung als Diagnose zwar nachvollziehbar, aber angesichts dessen, dass die Situation bereits viele Jahre andauere, also weit mehr als ein halbes Jahr, und bei der Explorandin eine weit schwerere Psychopathologie festgestellt werden müsse, als dies zu einer Anpassungsstörung gemäss ICD:10 passe, könne auch diese Diagnose nicht nachvollzogen werden. Daraus folge, dass die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, wie sie Dr. med. C. \_\_\_, gestützt auf seine Diagnostik vorgenommen habe, ebenfalls nicht nachvollzogen und nicht bestätigt werden könne. Sodann habe med. pract. D. \_\_\_ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradig depressive Episode ICD:10 F32.1 und als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Waschzwang und akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert. Auch damit sei der Referent nicht einverstanden, weil die entsprechenden ICD:10-Kriterien für die Persönlichkeitsstörung eindeutig erfüllt würden. Die Problematik habe im Kindes- und Jugendalter begonnen und sei im dysfunktionalen familiären Beziehungsnetz verwurzelt, zudem sei eine hereditäre Komponente mütterlicherseits nicht ausgeschlossen. Deswegen könnten keine akzentuierten Persönlichkeitszüge diagnostiziert werden, auch wenn es bei der Explorandin erst nach vielen Jahren zu Dekompensation gekommen sei. Die eingeschränkten oder erschöpften Coping-Mechanismen sowie die strukturell früh verursachten Ressourcen- und Strukturdefizite würden bedingen, dass es der Beschwerdeführerin nicht mehr möglich sei, sich von den Symptomen zu befreien. Demzufolge könne der Referent auch nicht mit der Beurteilung von med. pract. D. \_\_\_ einverstanden sein, dass die Persönlichkeit bei der Explorandin keinen Einfluss auf die

Arbeits- und Leistungsfähigkeit habe, denn sie sei die Grundlage für die affektive Problematik, die Zwangsproblematik, auch wenn dies nur leicht sei. Die Bemessung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit durch med. pract. D.\_\_\_\_ sei kurzgehalten. Es müsse eindeutig ein äusserst fragiles und fassadär aufrechterhaltenes psychische Gleichgewicht bei reduzierten Coping-Mechanismen und Ressourcen sowie erhebliche Funktionseinschränkungen festgestellt werden. Demzufolge komme der Referent auch zu einer anderen Bemessung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, wie sie die Explorandin über einen längeren Zeitraum hinweg aufrechterhalten könne, ohne dass es angesichts des fragilen psychischen Gleichgewichtes zu einer erneuten schwereren Dekompensation komme.

7.2 Wie vorgehend erwähnt, sind gemäss Urteil BGE 143 V 409 sämtliche psychiatrischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (zu den Indikatoren siehe E. II. 6.1.2 hiervor). Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist dem Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ zu entnehmen, dass die Ausprägung der Symptomatik mittelgradig sei. Die vorliegenden Beeinträchtigungen bezüglich der Ressourcen und der funktionellen Fähigkeiten basierten auf den Auswirkungen des Strukturdefizits resp. der Persönlichkeitsstörung und den daraus resultierenden affektiven Problemen. Angesichts der ausgeprägten affektiven Problematik müsse mit Schwankungen gerechnet werden. Es zeige sich, dass die Psychopathologie sich nicht nur auf die Leistungsfähigkeit, sondern auch auf der Beziehungsebene und dem Aktivitätsniveau in Freizeit und Beruf negativ auswirke. Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, die Explorandin sei in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und werde psychopharmakologisch behandelt. Die Behandlung sei adäquat. Bezüglich des Therapieverlaufs zeige sich im Längsschnitt eine leichte Verbesserung, insofern die Explorandin sich von einer Pathologie, die zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt habe, habe erholen können und seit Februar 2017 wieder zu 40 % arbeiten gehen könne. Diese Arbeitsfähigkeit sei stabil geblieben. Dies müsse als eine Verbesserung erachtet werden. Das Eingliederungspotential sei weiterhin gegeben. Die Arbeitstätigkeit könne durch weitere medizinische Massnahmen stabilisiert, aber mit geringer Wahrscheinlichkeit gesteigert werden. Eine höhere als 50%ige Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt werde mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer langanhaltenden und therapeutisch schwer angehbaren Regression resp. Verschlechterung der Psychopathologie führen. Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. In diesem Zusammenhang ist dem Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ zu entnehmen, es bestehe auf der innerpsychischen Ebene der Explorandin selbst eine negative Wechselwirkung zwischen dem Strukturdefizit resp. der Persönlichkeitsstörung und der affektiven Problematik, dem Selbstbild und der Essstörung. Diese gegenseitig sich beeinflussenden negativen Symptome behinderten die Coping-Mechanismen und führten dazu, dass die Explorandin in der Bewältigung ihrer Probleme im Vergleich zu einem Gesunden erheblich beeinträchtigt sei. Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» geht aus dem Gutachten hervor, die Coping-Mechanismen der Explorandin hätten nach der mit grosser Wahrscheinlichkeit 2012 nicht diagnostizierten postpartalen Depression nicht mehr die gleiche Leistung erbringen können und es sei zwischenzeitlich zu einer Stabilisierung

auf einem weit tieferen Niveau gekommen. Die Explorandin habe sich also nicht mehr erholen können, es sei zu keiner Restitutio gekommen. Dafür hätten die Coping-Mechanismen angesichts des Strukturdefizits, das sie in ihrer Funktionsqualität deutlich beeinträchtigte, nicht gereicht. Die eingeschränkten oder erschöpften Coping-Mechanismen, die strukturell früh verursachten Ressourcen- und Strukturdefizite würden bedingen, dass es der Beschwerdeführerin nicht mehr möglich sei, sich von den Symptomen zu befreien. Zum Komplex «sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, die Explorandin habe wenig soziale Unterstützung, im Grunde genommen nur in ihrer Mutter, die sich zwischendurch um den Sohn der Explorandin kümmere. Der Ehemann übernehme zwar Haushaltsaufgaben, sei aber angeblich aufgrund seiner Rückenproblematik nur sehr reduziert im Haushalt aktiv und auch psychisch wenig belastbar. Einmal pro Woche komme eine Reinigungskraft. Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, es bestehe ein erheblicher Leidensdruck. Die Explorandin schildere ihre gesamte Lebenssituation, auch ihre Lebensgeschichte nachvollziehbar und plausibel. Die Explorandin habe ein eingeschränktes Aktivitätsniveau, sowohl was den Arbeitsbereich, wie aber auch den Freizeitbereich anbelange und sie pflege kaum ausserhäusliche soziale Kontakte.

7.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ auch unter Berücksichtigung der massgeblichen Indikatoren nachvollziehbar ist. Zudem erscheint die darin vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung in Würdigung der zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend. So sind bei der Beschwerdeführerin im persönlichen und sozialen Bereich nur begrenzt Ressourcen vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Nach dem Gesagten ist gestützt auf das vorliegende Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer bisherigen als auch in der jetzigen, angepassten Tätigkeit zu 50 % eingeschränkt ist.

8. Sodann ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100 % ausserhäuslich oder allenfalls mit reduziertem Pensum zusätzlich im Haushalt tätig wäre.

8.1 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zu einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie – bei den im Übrigen unveränderten Umständen – täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 146 E. 2c). 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 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; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 137 V 334 E. 3.2, 117 V 194 E. 3b mit Hinweis). Die Frage nach der anwendbaren Methode beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche

Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 117 V 194 E. 3b; AHI 1997 S. 289 E. 2b). 8.2 Wie aus den Akten hervorgeht, war die Beschwerdeführerin vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit trotz des im Jahr 2012 geborenen Kindes ab Februar 2013 zu 100 % arbeitstätig, musste dies dann aber aufgrund der Depressionen aufgeben. Auch wenn sie das 100%-Pensum schlussendlich aufgeben musste, ist grundsätzlich daraus zu schliessen, dass sie trotz des kleinen Kindes beabsichtigte, im Gesundheitsfall auch weiterhin in einem vollen Pensum ausserhäuslich tätig zu sein. Dr. med. G. \_\_\_ wandte dagegen in seiner Stellungnahme vom 23. November 2016 (IV-Nr. 79, S. 2) zwar nicht zu Unrecht ein, dass sich aus den Akten diesbezüglich gewisse Unsicherheiten ergeben würden. So hat der Ehemann zumindest damals gearbeitet und dabei ein Einkommen erzielt. Zudem gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung durch med. pract. D. \_\_\_ an, dass sie nach der Niederkunft ein Arbeitspensum von 60 % geplant habe, dies aber aus verschiedenen anderen Umständen (u.a. der damaligen Verdienstlosigkeit des Ehemannes) heraus nicht habe umsetzen können (s. Gutachten med. pract. D. \_\_\_, Seite 10). Dies bleiben aber schlussendlich bloss Absichtserklärungen, welche in den Akten nicht durch konkrete Schritte belegt sind. Es fehlt diesbezüglich an aktenkundigen echtzeitlichen Hinweisen. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiterhin einer ausserhäuslichen Tätigkeit in einem 100%-Pensum nachgehen würde.

## **E. 9**

9.1 Die Beschwerdeführerin hat ihre Tätigkeit bei der J. \_\_\_ als [...] aus gesundheitlichen Gründen verloren, womit bezüglich des Valideneinkommens auf das dort erzielte Einkommen von CHF 110'951.20 (Jahreslohn, 40 Stunden pro Woche, vgl. IV-Nr. 14) bzw. aufgerechnet auf das Jahr 2015 auf CHF 111'166.45 ( $CHF\ 110'951.20 : 103.1 \times 103.3$ ; (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [im Internet abrufbar], Nominallohnindex Frauen [T1.2.10]) abzustellen ist. Bezüglich des Invalideneinkommens ist dagegen ein Tabellenlohn heranzuziehen, da die Beschwerdeführerin in ihrer jetzigen Tätigkeit als Gemeindeverwalterin nicht das ihr zumutbare Pensum von 50 %, sondern nur ein solches von 40 % ausübt. Zudem ist es erfahrungsgemäss nicht ohne Weiteres möglich, das Pensum als Gemeindeverwalterin aufzustocken. Da ihr gemäss dem Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ die bisherige Tätigkeit als [...] bei der J. \_\_\_ im Rahmen von 50 % grundsätzlich weiterhin zumutbar wäre, ist auf einen vergleichbaren Tabellenlohn im Bereich «Telekommunikation» (Ziffer 61), Kompetenzniveau 4 abzustellen, was bei einem 50%-Pensum ein Invalideneinkommen von CHF 56'008.45 ( $CHF\ 8'600.00 [LSE\ des\ Jahres\ 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, Rubrik\ «Frauen»] \times 13 : 103.1 \times 103.3 [Teuerung\ aufgerechnet\ auf\ 2015] / davon\ 50\ %$ ) ergibt.

9.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür

bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist – anders als die Bemessung der Höhe eines gewährten Abzugs – eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht vorliegend kein Raum. Zudem ist das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin nicht derart eingeschränkt, als dass sich hier ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde. Sodann ist ein durch Teilzeit bedingter Verdienstnachteil für Frauen in einem Pensum von 50 % im Jahr 2014 statistisch nicht ausgewiesen (LSE 2016, T 18), weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Insgesamt ist somit kein Tabellenlohnabzug gerechtfertigt.

9.3 Somit ergibt sich aus dem Valideneinkommen von CHF 111'166.45 und dem Invalideneinkommen von CHF 56'008.45 ein Invaliditätsgrad von gerundet 50 %, womit die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Gemäss dem Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ war die Beschwerdeführerin ab dem 7. April 2014 bis 26. Januar 2015 (Beginn der Eingliederungsmassnahmen) zu 100 % arbeitsunfähig, sowie ab diesem Datum bis heute zu 50 % arbeitsunfähig. Damit ist ab 7. April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % erstellt, womit das Wartejahr (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) ab diesem Datum zu laufen begonnen hat. Unter Berücksichtigung der 6-Monatsfrist ab der IV-Anmeldung vom 1. September 2014 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) und des Wartejahres hat die Beschwerdeführerin somit ab 1. April 2015 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen.

10. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung antragsgemäss auf CHF 3'720.75 festzusetzen (8.83 Stunden zu CHF 230.00 sowie 5.25 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 105.50 und MwSt). 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten. Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 139 V 496). Wie unter Ziffer II. 6.1.3 hienvor dargelegt, lagen mit dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ und dem Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ bereits vor Erlass der angefochtenen IV-Verfügung zwei grundsätzlich beweiswertige psychiatrische Gutachten vor, welche jedoch diametral gegensätzliche Beurteilungen enthalten. Bei dieser Konstellation hätte die Beschwerdegegnerin selbst ein Obergutachten veranlassen müssen, weshalb ihr die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. E.\_\_\_\_ von CHF 5'000.00 aufzuerlegen sind.