

## **SO\_GERICHTE VSBES.2019.43 vom 16. Januar 2019**

SO Obergericht, 2019-01-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.43](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.43)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.43 du 16 janvier 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.43 del 16 gennaio 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die Kosten des Privatgutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_ zu erstatten.

#### **E. 5**

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt 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; BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261). 5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle 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 hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen). 5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232; BGE 104 V 209 S. 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Ein solches verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351). 5.4 In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die von einer früheren abweichenden ärztlichen Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 2.4). 6. Streitig und zu prüfen ist, ob die in der angefochtenen Verfügung mit Verfügung vom 16. August 2005 (IV-Nr. 25) zugesprochene ganze Rente zu Recht aufgehoben wurde. Diese Frage wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im

Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 16. August 2005 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 16. Januar 2019 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Die zwischenzeitlich in den Jahren 2007 und 2009 durchgeführten Revisionen beinhalteten keine umfassenden Prüfungen.

6.1 Zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache stellte die Beschwerdegegnerin zur Klärung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf den Bericht der E.\_\_\_\_ (Dr. med. H.\_\_\_\_, Assistenzärztin; Dr. med. I.\_\_\_\_, Oberarzt), [...], vom 27. September 2004 (IV-Nr. 11) sowie den Austrittsbericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2004 (IV-Nr. 16 S. 2 ff.) ab.

6.1.1 Gemäss Arztbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ lagen folgende Diagnosen vor: - Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) - Emotional instabile Persönlichkeitsstruktur, am ehesten im Sinne einer Borderline-Störung (ICD-10 F60.31) mit im Vordergrund stehenden wiederkehrenden suizidalen Krisen bzw. Suizidgedanken und selbstschädigendem Verhalten sowie diffusen Angstsymptomen und psychotischen Symptomen Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf weiteres 100 %. Laut eigenen Angaben sei es vor etwa fünf Jahren zum ersten Mal zur Entwicklung von depressiven Symptomen mit Verlassenheits- und Einsamkeitsgefühlen sowie einer starken inneren Anspannung gekommen. Im weiteren Verlauf sei akute Suizidalität aufgetreten mit zweimaligem Suizidversuch und nachfolgender Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik in [...]. In der Folge sei eine medikamentöse Behandlung eingeleitet worden, insbesondere wegen optischen Halluzinationen bei jedoch vorhandenem Realitätsbezug. Im April 2003 habe sich die Symptomatik erneut verschlechtert mit wiederkehrenden diffusen Angstzuständen, innerer Anspannung bei Depersonalisations-Symptomen, teilweise auch selbstverletzendem Verhalten und ständiger Gewichtszunahme. Es werde eine depressive Symptomatik mit Niedergeschlagenheit, Einsamkeitsgefühlen, Antriebslosigkeit, starker innerer Anspannung, diffusen Ängsten, einschliessenden Suizidgedanken und selbstschädigendem Verhalten angegeben. Anhaltspunkte für formale oder inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen oder Sinnesstörungen gebe es nicht. Der affektive Rapport sei gut herstellbar bei guter Schwingungsfähigkeit. Es erfolge eine regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (ein- bis zweimal wöchentlich). Die Beschwerdeführerin sei aktuell nur in einem Schonrahmen zu 50 % arbeitsfähig. Dabei bestehe situationsbedingt eine verminderte Leistungsfähigkeit. Andere Tätigkeiten wären ihr ebenfalls theoretisch zu 50 % zuzumuten, dies sei jedoch zurzeit nur an einem geschützten Arbeitsplatz ohne Leistungsdruck realisierbar. Mit Schreiben vom 9. Mai 2005 (IV-Nr. 19) ergänzten Dr. med. H.\_\_\_\_ und Dr. med. I.\_\_\_\_ den Arztbericht vom September 2004 dahingehend, dass sich seit September 2004 bei der Beschwerdeführerin ein instabiler Verlauf gezeigt habe mit immer wiederkehrenden Suizidgedanken sowie einer weiterhin bestehenden depressiven Grundstimmung. Im Oktober 2004 sei es nach einer Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht zur stationären Behandlung in der psychiatrischen Klinik [...] gekommen und danach zu einer engmaschigen Betreuung im Ambulatorium.

6.1.2 Laut dem Austrittsbericht der Klinik J.\_\_\_\_ waren folgende Diagnosen zu stellen: - Rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht bis mittelschwer (ICD-10 F33.1) - Emotional instabile Persönlichkeitsstruktur, am ehesten im Sinne einer Borderline-Störung (ICD-10 F60.31) mit im Vordergrund stehenden wiederkehrenden suizidalen Krisen bzw. Suizidgedanken, selbstschädigendem Verhalten sowie diffusen Angstsymptomen und minipsychotischen Symptomen - Hinweise für komplizierte Trauerreaktion - Hinweise für Somatisierungsstörung Zur Anamnese wurde dargelegt, laut eigenen Angaben sei es bei der Beschwerdeführerin vor ca. fünf Jahren nach dem Tod ihres

Vaters zur Entwicklung von depressiven Symptomen mit Verlassenheits- und Einsamkeitsgefühlen sowie einer starken inneren Anspannung gekommen. Im weiteren Verlauf sei akute Suizidalität aufgetreten mit zweimaligem Suizidversuch mit nachfolgender Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik. In der Folge sei eine medikamentöse Behandlung installiert worden, auch wegen des Auftretens von optischen Halluzinationen bei jedoch vorhandenem Realitätsbezug. Im April 2003 sei es zu einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik gekommen, so dass die Beschwerdeführerin seither in regelmässiger Behandlung stehe. Als Hauptproblembereiche gebe sie die wiederkehrenden diffusen Angstzustände, das Auftreten von starker innerer Anspannung bei Depersonalisationssymptomen, teilweise auch selbstverletzendes Verhalten und wiederkehrende Stimmungsschwankungen an. Gleichzeitig berichte sie über eine starke Gewichtszunahme (30 kg) unter der medikamentösen Behandlung, wobei sie in Anspannungssituationen vermehrt Süssigkeiten esse. Die Beschwerdeführerin gebe eine psychische Zustandsverschlechterung seit ca. sieben Monaten an mit Überforderungsgefühlen sowie vermehrter Antriebslosigkeit. Aufgrund der emotionalen Instabilität sei die Familie im September 2003 zur Mutter der Beschwerdeführerin gezogen. Aktuell führe vor allem ihre Mutter den Haushalt und übernehme auch mehrheitlich die Erziehung der Tochter. Weiterhin bestünden starke Trauersymptome bezüglich des Todes ihres Vaters. Das allgemeine Befinden sei beeinträchtigt. Es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen, die Beschwerdeführerin sei chronisch müde. Der Psychostatus falle folgendermassen aus: Gedächtnis intakt, Konzentration vorhanden, formales Denken logisch kohärent, inhaltlich auf ihre emotionale Instabilität bzw. Antriebsverminderung fokussiert, in der Grundstimmung hintergründig gedrückt, insgesamt Auftreten von wiederkehrenden Suizidgedanken, insgesamt starke emotionale Instabilität mit Auftreten von Aggressionsdurchbrüchen sowie depressiven Einbrüchen mit völligem Rückzug und Passivität, wiederkehrendes Auftreten von Einsamkeits- und Verlassenheitsgefühlen bei sehr negativer Grundannahme, im Rahmen von starken Anspannungssymptomen teilweise Auftreten von Selbstverletzungen, wiederkehrendes Auftreten von diffusen Angstsymptomen, zum Teil auch soziophobischen Ängsten, anamnestic Hinweise für wiederkehrende Schmerzsymptome im Sinne einer Somatisierungsstörung, ein affektiver Rapport sei gut herstellbar. Bei der Beschwerdeführerin habe ein ausgeprägtes eigenes Hilflosigkeitskonzept vorgelegen, wobei sie bisher im hohen Anspannungsbereich vor allem mit Rückzug ins Bett und Medikamenteneinnahme zur Sedation reagiert habe. Dieses Verhalten habe sich auch bei Wochenendheimgängen gezeigt. Auch der Anstieg selbstverletzender Verhaltensweisen müsse als dysfunktionaler Versuch im Umgang mit den massiven Gefühlsüberflutungen bis hin zu dissoziativen Symptomen mit Depersonalisation gesehen werden. Es sei der Beschwerdeführerin schliesslich gelungen, sich mehr und mehr auf die Behandlung einzulassen, wodurch sie eine schrittweise Anspannungsreduktion erlebt habe. Ausgelöst durch die Notfallhospitalisation ihrer Mutter habe die Beschwerdeführerin vorzeitig aus der Klinik entlassen werden wollen. Trotz gesundheitlicher Stabilisierung der Mutter sei es ihr schwergefallen, sich weiterhin auf das stationäre Setting einzulassen. Schliesslich habe sie ihren einschliessenden Wunsch eines Austritts überdenken können. Bei der Nachbesprechung habe sich gezeigt, dass es für sie nach wie vor schwierig sei, eigene Bedürfnisse in den Vordergrund zu stellen. Aufgrund des Drängens von ihrer Seite sei schliesslich der Austritt erfolgt. Während des Klinikaufenthalts vom 19. April bis 23. Juni 2004 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. 6.2 Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. Januar 2019 lagen

folgende Unterlagen zum medizinischen Sachverhalt vor: 6.2.1 Laut dem Bericht der mittlerweile in einer eigenen Praxis tätigen Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. November 2013 (IV-Nr. 51 S. 3 ff.), waren folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom, - andere Diagnosen sind den vorhandenen IV-Akten zu entnehmen. Im Weiteren wurde dargelegt, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 14. März 2013 in Behandlung. Zuvor habe sie während zwei Jahren keine psychiatrische Therapie in Anspruch genommen, da sie sich dies finanziell nicht leisten können. Sie fühle sich sehr oft müde, wenig belastbar, leide an Schlafstörungen, Freudlosigkeit, Insuffizienzgefühlen und ausgeprägten Stimmungsschwankungen. Es seien im Gespräch keine kognitiven Einschränkungen eruierbar, inhaltliche oder formale Denkstörungen bestünden nicht. Die Beschwerdeführerin sei affektiv niedergestimmt, reduziert schwingungsfähig, habe ausgeprägte Insuffizienzgefühle und massive Existenzängste. Suizidalität werde verneint, aber es bestünden anamnestisch Hinweise auf passive Todeswünsche. Eine stationäre Behandlung sei im Oktober 2013 wegen fehlender Kinderbetreuung abgelehnt worden. Sollte sich innert der nächsten Wochen keine Besserung einstellen, wäre ein stationärer Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik unumgänglich. 6.2.2 In einem weiteren Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 30. Juli 2014 (IV-Nr. 53 S. 5 f.) wird festgehalten, es habe nach einer Medikamentenumstellung im November/Dezember 2013 eine stabile Phase gegeben. Im Februar/März 2014 sei es zu einer erneuten Krise gekommen mit massiven Schlafstörungen, sozialem Rückzug und Abschottung, innerer Unruhe, dysphorisch gereizter Stimmung und ausgeprägter emotionaler Instabilität. Diese Verschlechterung der psychischen Symptomatik sei sicherlich in Zusammenhang mit der bekannten Borderline-Persönlichkeitsstörung zu sehen, was medikamentös nur bedingt beeinflussbar sei. 6.2.3 Mit Bericht vom 2. März 2015 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin) gab Dr. med. H.\_\_\_\_ dann bekannt, die Beschwerdeführerin sei seit dem 18. Juli 2014 nicht mehr bei ihr zur Konsultation gewesen (IV-Nr. 54 S. 1). 6.2.4 Im von der Beschwerdegegnerin auf Empfehlung des RAD eingeholten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. August 2015 (IV-Nr. 60.1; Untersuchung vom 2. Juli 2015) werden folgende subjektive Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten: Seit 17 Jahren habe sie ein Borderline. Daran sei nichts zu ändern. Der Tod ihres Vaters, zu dem sie ein sehr gutes emotionales Verhältnis gehabt habe, sei der Auslöser dafür gewesen. Im Vordergrund stehe eine ausgeprägte Instabilität. Sie könne grundsätzlich schon arbeiten gehen, aber ihre Leistungsfähigkeit sei sehr unzuverlässig. Es komme vor, dass sie drei bis vier Tage nur liege und nicht funktioniere. Sie könne sich oft nicht an die Ausfälle erinnern. So werde sie sicher von niemandem eingestellt. Sie sei manchmal traurig, dann wieder verärgert und/oder wolle für sich allein sein. Die Schwankungen seien unberechenbar und sehr extrem. Den Tag verbringe sie je nach ihrem Befinden. Sie kümmere sich um die Kinder und besorge den Haushalt. Darüber hinaus mache sie gar nichts. Soziale Kontakte habe sie keine. Sie schlafe unregelmässig und fühle sich oft körperlich kraftlos. Für regelmässige Reisen fehle das Geld. Seit 2003 habe sich gar nichts verändert. Es sei alles genauso schlimm wie damals. Sie habe aber gelernt, es zu ertragen. Sie habe keine grosse Depression mehr. Das Medikament, das sie nehme, führe zu etwas mehr Stabilität. Der anfängliche Nutzen habe aber etwas nachgelassen. Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Psychomotorik und Antrieb seien unauffällig. Die Explorandin sei in der

Interaktion narzisstisch. Eine Verdeutlichungstendenz sei erkennbar. Fragen zu subjektiven Beschwerden, zur Therapie und zur Tagesaktivität würden ausweichend, unklar, vage, oberflächlich und pauschal beantwortet. Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration seien unauffällig. Im Affekt sei die Explorandin ausgeglichen, ernst, ruhig und dysthym, dabei sehr gut moduliert. Ein affektiver Rapport komme gut zustande. Von Suizidalität sei sie distanziert. Im MADRS (Fragebogen zur Fremdbeurteilung des Schweregrads eines depressiven Syndroms) erreiche sie neun Punkte, womit kein depressives Syndrom objektiviert werden könne. Beim Fragebogen MMPI-2 sei Simulation anzunehmen, da die Angaben der Explorandin eine Beantwortung nach Zufall zeigten. Folgende Diagnose wird erhoben: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F 60.3), mit aktuell neurasthenisch-dysthymen Verstimmung, mit rezidivierend depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F 33.4), mit Status nach Suizidversuchen (Tabletten) In der Beurteilung hält der Gutachter fest, mit Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 24. August 1999 sei eine erste stationäre Behandlung der Explorandin dokumentiert, dies nach einem Suizidversuch. Ab Juli 2003 habe man bei ihr eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung sei ebenfalls genannt worden, ab Dezember 2003 habe man diesen präzisiert. Ab Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 10. März 2004 seien dann im weiteren Verlauf regelmässig unwidersprochen gemäss ICD-10 eine rezidivierende depressive Störung (in unterschiedlicher Ausprägung) und eine emotionale instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F60.31) attestiert worden. Die Mitarbeit der Explorandin bei den therapeutischen Bemühungen sei immer wieder auch unzuverlässig gewesen. Anlässlich der Untersuchung seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gar nicht bis sehr gering ausgeprägt vorhanden. Insbesondere ein depressives Syndrom sei nicht erkennbar. Fragen zu Beschwerden, Therapie und Tagesaktivität würden ausweichend beantwortet. Im Affekt sei die Explorandin dysthym, in der Interaktion narzisstisch (ich bezogen). Eine Verdeutlichungstendenz sei klinisch vorhanden. Die Explorandin zeige bei der Beantwortung der Fragebögen ein unkooperatives Antwortverhalten, eine extreme Zustimmungstendenz und eine Aufmerksamkeitserheischung. Eine Aggravation sei anzunehmen. Zusammenfassend lasse sich bei der Explorandin eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründen. Diese sei aufgrund der aktuellen Untersuchung, der vorliegenden Akten und der Angaben der Explorandin selbst als leicht bis mittelschwer zu qualifizieren. Es seien narzisstische sowie depressive, impulsive, misstrauische und aggressive Anteile zu erkennen. Es zeige sich eine dokumentierte Entwicklung ab dem 22. Altersjahr. Diese gehe einher mit einer gescheiterten beruflichen Integration und rezidivierenden ehelichen Konflikten. Die Persönlichkeitsstörung sei im Fall der Explorandin nicht gleichzusetzen mit einer schwerwiegenden psychiatrischen Störung, welche die Handlungs- und Willensfreiheit und/oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. In den Akten würden zudem unregelmässige depressive Episoden attestiert. Zurzeit würden die Eingangskriterien für eine depressive Episode nicht (mehr) erfüllt. Es könne von einer derzeit remittierten rezidivierenden depressiven Störung (F33.4) ausgegangen werden. Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne dadurch nicht (mehr) begründet werden. Depressive Symptome seien meist Ausdruck der Überforderung der Explorandin aufgrund ihrer Persönlichkeitsdefizite und begründeten kurzfristige Minderungen der Leistungsfähigkeit. Für die Zeiten stationärer Hospitalisation sei bereits aus formalen Gründen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Diese sei, insbesondere aufgrund der Art der

Störung, in der Regel von kurzfristiger Dauer. Gemäss aktueller Einschätzung habe die leicht bis mittelschwer ausgeprägte Persönlichkeitsstörung einen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von 40 % Minderung auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Im Bereich familiäre/persönliche Beziehungen sei eine leichte Beeinträchtigung anzunehmen, in den Bereichen Anpassung an Regeln/Routinen, Planung/Strukturierung von Aufgaben und Kontakt-/Gruppenfähigkeit eine leichte bis mittelschwere Beeinträchtigung und im Bereich Durchhaltefähigkeit eine mittelschwere bis schwere Beeinträchtigung. Für angepasste Tätigkeiten (wenig Team- / Kundenkontakt, einfach, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Leistungsdruck) und Tätigkeiten im Haushalt könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit (von 20 % und mehr) angenommen werden. Die aktuellen Beeinträchtigungen (insbesondere im Bereich Durchhaltefähigkeit) seien wesentlich bestimmt von der inneren Bereitschaft der Explorandin. Diese sei gegenwärtig aussergewöhnlich gering ausgeprägt. Eine allfällige therapeutische Unterstützung zur Überwindung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen werde abgelehnt und sei auch in der Vergangenheit nur unregelmässig genutzt worden. Schliesslich erkläre sich die in der aktuellen Untersuchung von der Explorandin gezeigte Aggravation nicht durch primär psychopathologische Defizite, sondern durch ein bewusstseinsnahes Ringen um die Anerkennung als Invalide. Von dieser Einschätzung könne ab dem aktuellen Untersuchungszeitpunkt (2. Juli 2015) ausgegangen werden. Die krankheitsfremden Faktoren erklärten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit der Explorandin im Gegensatz zur versicherungsmedizinischen Einschätzung. Sie behinderten auch die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite. Hierfür spreche auch die von der Explorandin an der Untersuchung gezeigte Aggravation. Zu abweichenden ärztlichen Einschätzungen könne nicht kritisch differenziert Stellung genommen werden, weil zu diesen keine versicherungsmedizinisch relevanten Angaben gemacht worden seien.

6.2.5 Einige Tage nach der psychiatrischen Begutachtung kam es nach Selbstzuweisung zu einer dreitägigen Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik [...] (IV-Nr. 63 S. 2; 90 S. 19 ff.).

6.2.6 Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin vom RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. November 2015 fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 6. August 2015 sei schlüssig und nachvollziehbar. Neue medizinische Aspekte, die weitere Abklärungen erforderten, seien nicht genannt worden. Der Gutachter habe seit 2. Juli 2015 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes feststellen können. In der angestammten Tätigkeit könne ab dem 2. Juli 2015 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden. In einer Verweistätigkeit (wenig Team- und Kundenkontakt, einfach, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Leistungsdruck) bestehe aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 66 S. 2 f.).

6.2.7 Eine längere Hospitalisation erfolgte vom 1. April bis 9. Juni 2016 (IV-Nr. 75 S. 2; 90 S. 25 ff.). Diagnostiziert wurden zu diesem Zeitpunkt durch die E.\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) und eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3). Man habe gegen Ende des stationären Aufenthalts versucht, mittels Arbeitstherapie die Belastungsfähigkeit im geschützten Rahmen zu stärken. Es habe sich jedoch gezeigt, dass die Patientin aufgrund ihrer ausgeprägten emotionalen Instabilität nicht in der Lage sei, einfachste Arbeiten über eine gewisse Zeit regelmässig auszuführen.

6.2.8 Im Arztbericht der E.\_\_\_\_ (Dr. med. L.\_\_\_\_, Oberärztin; Dr. med. M.\_\_\_\_, Arzt) vom 16. Januar 2017 (IV-Nr. 80 S. 5 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive

Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F 33.1) - Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F 60.31) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Suizidversuch mit nicht opiathaltigen Analgetika (ICD-10 X60) - Adipositas Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit mindestens 2015. Ab 2015 sei es trotz störungsspezifischer Therapie zu einer weiteren Verschlechterung gekommen, wobei zuletzt die Kriterien einer schweren depressiven Episode erfüllt gewesen seien und eine Hospitalisation auf der Depressionsstation vom 1. April bis 9. Juni 2016 notwendig gewesen sei. Die ambulante Nachbehandlung habe wiederum im Ambulatorium stattgefunden. Bereits kurz nach der Hospitalisation mit Vollremission sei es zu einem Rückfall gekommen und die Patientin leide bis heute an einer mittelgradigen Depression. Sie sei im Kontakt weinerlich, habe eine mittelschwere Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung, sei formalgedanklich kohärent, habe eine Denkverlangsamung und -einengung auf die aktuelle Situation und leide an Gedankenkreisen. Ein affektiver Rapport sei knapp herstellbar, die Patientin sei affektstarr und affektarm bei depressiver Stimmungslage. Die Vitalgefühle seien gestört, es bestünden Insuffizienzgefühle, Ängste und Antriebsarmut. Sie könne sich derzeit von Suizidgedanken distanzieren.

6.2.9 In einem weiteren Arztbericht der E.\_\_\_\_ (Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt), vom 11. Oktober 2017 (IV-Nr. 90 S. 5 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F 33.1) - Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F 60.31) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Suizidversuch mit nicht opiathaltigen Analgetika (X60) - Status nach Magenbypass-Operation 04/2017 - Diabetes mellitus Typ 2, ED 02/2017 Es wurden folgende psychopathologischen Befunde vom 15. September 2017 angegeben: Die Patientin sei formalgedanklich kohärent, ein affektiver Rapport sei herstellbar und die Schwingungsfähigkeit sei erhalten bei euthymer Stimmungslage. Es bestünden eine Störung der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle und Ängste, dass der Ehemann sie verlasse und andere sehen könnten, wie schlecht es ihr gehe. Psychomotorisch sei die Patientin ruhig, mit Antriebsarmut. Aktuell könne sie sich von Suizidgedanken distanzieren. Sie zeige derzeit einen leicht besseren Zustand bezüglich emotionaler Stabilität und depressiver Stimmung im Vergleich zum Bericht Anfang 2017. Insgesamt sei die Belastbarkeit nach wie vor gering, es reiche einzig für den Haushalt und die Kinderbetreuung mit Unterstützung. Gemäss den ebenfalls eingereichten Beilagen befand sich die Beschwerdeführerin vom 7. bis 10. Juli 2015 (IV-Nr. 90 S. 19 ff.), vom 21. bis 28. Dezember 2015 (IV-Nr. 90 S. 22 ff.), vom 1. April bis 9. Juni 2016 (IV-Nr. 90 S. 25 ff.), vom 18. bis 28. September 2016 (IV-Nr. 90 S. 10 ff.), vom 23. Januar bis 2. Februar 2017 (IV-Nr. 90 S. 13 f.), vom 8. Februar bis 10. März 2017 (IV-Nr. 90 S. 15 f.) sowie vom 6. bis 7. August 2017 (IV-Nr. 90 S. 17 f.) jeweils stationär in Behandlung bei den E.\_\_\_\_.

6.2.10 Aufgrund der mehrfachen stationären Aufenthalte gab die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. D.\_\_\_\_ ein Verlaufsgutachten in Auftrag, das am 28. November 2017 erstattet wurde (IV-Nr. 92.1; Untersuchung vom 13. September 2017). Der Gutachter hielt zunächst fest, die Beschwerdeführerin habe eine Blutentnahme (zur Bestimmung des Blutspiegels der von ihr angegebenen Psychopharmaka sowie des CDT-Wertes) mehrfach ausdrücklich verweigert, ebenso die Bearbeitung von Selbstbeurteilungsfragebögen und objektivierenden Tests. Zu den gegenwärtigen Beschwerden habe sie angegeben, sie sei seit drei Monaten aussergewöhnlich unkonzentriert. Deshalb könne und wolle sie die Selbstbeurteilungsfragebögen nicht bearbeiten. Es gehe ihr seit Juli 2015 wirklich nicht gut. Seither sei sie ca. sieben Mal in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer

Behandlung gewesen. Diese Behandlungen seien zwar kurzfristig hilfreich gegen die Depressionen, aber nie anhaltend. Die Depressionen hätten seit Sommer 2015 in Häufigkeit und Ausprägung zugenommen. Mit dem «Borderline» könne sie unterdessen recht gut umgehen. Noch Anfang Juli 2015 sei es ihr einigermaßen gut gegangen, aber danach habe sie plötzlich eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen müssen. Einen Anlass könne sie nicht beschreiben. Seither sei der Verlauf ihrer Beschwerden wechselhaft. Oft sei es die Hölle, es sei immer gleich schlecht. Ab und zu gehe es ihr vielleicht auch tage- bis wochenweise besser oder gut. Sie erlebe ihren Gesundheitszustand fast so wie am Anfang vor 18 Jahren. Sie leide unter ihren rezidivierenden Krisen und denke vermehrt an Tod und Sterben. Sie habe immer wieder Angst, sich vielleicht etwas anzutun. Zuletzt habe sie vor mehr als zehn Jahren einen Selbstmordversuch unternommen. Sie schlafe unregelmässig, habe auch unter Appetitlosigkeit gelitten und sei innerlich angespannt. Um sich zu spüren, kratze sie sich absichtlich (beispielsweise im Gesicht). Ihre Beschwerden seien «im Kopf». Seit ca. drei Monaten sei sie vermehrt aggressiv und reizbar, werde laut. Die Depression sei sehr aktiv, es gehe gar nichts mehr richtig. Sie habe Schuldgefühle, sei weinerlich, unkonzentriert und ohne innerlichen Antrieb. Sie fühle sich «unter Leuten» unwohl. Seit November 2015 sei sie in ambulanter Therapie bei Dr. med. M.\_\_\_\_, sie sehe diesen ein- bis dreimal im Monat. Die Gespräche seien hilfreich. Sie fühle sich von ihm «gut verstanden». Zudem nutze sie eine Psychopharmakotherapie. Im Jahr 2017 sei bei ihr neu die Zuckerkrankheit festgestellt worden, weshalb sie entsprechende Medikamente einnehme und Insulin spritze. Im April 2017 sei bei ihr ein Magenbypass angelegt worden. Die Operation und die anschliessende Heilung seien komplikationslos verlaufen. Sie sei bereits vor drei Jahren geplant gewesen, dann aber aufgrund der psychischen Instabilität der Patientin verschoben worden. Den Tag verbringe die Explorandin strukturiert. Sie stehe um 06:45 Uhr auf und gehe um 23:00 Uhr zu Bett. Am Morgen schicke sie den Sohn in die Schule. Sie habe am Vormittag auch mehr Kraft. Sie besorge ihre tägliche Hygiene, trinke Kaffee, putze und räume auf, je nach ihrem Befinden. Einmal in der Woche komme eine Putzhilfe und sie werde auch von zwei Nachbarinnen regelmässig unterstützt. Ab und zu treffe sie sich mit Kolleginnen oder telefoniere mit diesen. Auch mit den Verwandten pflege sie telefonische Kontakte. Sie nehme regelmässig Termine wahr und benütze dafür den öffentlichen Verkehr. Sie gehe einkaufen und bereite das Mittagessen für den Sohn zu. Sie gehe spazieren, höre Radio, sehe fern, häkle und nutze das Internet. Sie gehe mit der Familie regelmässig mit dem Auto nach Deutschland zum Einkaufen. Sie habe Angst davor, dass die Rente allenfalls sistiert werden könnte. Ein Arbeitstraining sei jedoch «völlig unmöglich». Die IV-Stelle habe darauf bestanden, dass sie während einer Hospitalisation an einem solchen Training teilnehme. Auch eine Umschulung sei nicht möglich, weil sie nichts lernen könne. Sie sei vergesslich und könne sich so etwas gar nicht vorstellen. Die Tätigkeit als gelernte Coiffeuse habe sie gerne ausgeübt, dafür sei sie nun aber zu alt. Die letzte Tätigkeit bei der C.\_\_\_\_ habe sie im Rahmen einer temporären Anstellung ausgeübt, die sie selbst gefunden habe. Sie habe das Einkommen benötigt. Im Jahr 2007 sei dann ihr Sohn zur Welt gekommen. Ihr Ehemann habe in seinem Schreiben vom 20. September 2015 ihren Gesundheitszustand gut beschrieben. Es wurden folgende Befunde erhoben: Psychomotorik und Antrieb seien angemessen, flexibel und lebendig. Das Gesprächsverhalten sei freundlich und zugewandt, in der Interaktion sei die Beschwerdeführerin emotional expressiv und narzisstisch (ich bezogen), dabei sozial sehr kompetent. Sie berichte aktiv, spontan, sehr flüssig, sehr differenziert und gut strukturiert. Im formalen Denken sei sie logisch und kohärent. Auffassung, Merkfähigkeit und

Konzentration seien unauffällig. Das Gedächtnis sei intakt. Im Affekt sei die Explorandin leicht angespannt, ruhig und ausgeglichen, dabei sehr gut moduliert. Ab und zu lächle, lache und scherze sie situativ angemessen. Von Suizidalität sei sie distanziert. Ein affektiver Rapport komme gut zustande. Ein depressives Syndrom könne nicht objektiviert werden (MADRS: 12 Punkte). Es wurde folgende Diagnose gestellt: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F 60.3) mit rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F 33.4) mit Status nach Suizidversuchen (Tabletten) In seiner Beurteilung lege der Gutachter dar, die im Gutachten vom 6. August 2015 gestellte Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung leichter bis mittelschwerer Ausprägung (ICD-10 F60.3) werde im weiteren Aktenverlauf unwidersprochen bestätigt. Die im ersten Gutachten getroffene Einschätzung, dass die depressiven Syndrome der Explorandin meist Ausdruck der Überforderung aufgrund ihrer Persönlichkeitsdefizite seien, bestätige sich im weiteren Verlauf ebenfalls. Die Explorandin habe auf die Prüfung ihres Leistungsanspruchs mit zunehmender emotionaler Instabilität reagiert. Es sei zu mehrfachen, meist kurzfristigen stationären Hospitalisationen gekommen, meist auf Wunsch der Explorandin selbst, die regelmässig zu einer Stabilisierung des Zustandsbildes bzw. zur Remission der depressiven Symptome geführt hätten. Die anschliessende Therapietreue sei jedoch unregelmässig. Trotzdem sei der Gesundheitszustand zwischen den Hospitalisationen ausreichend stabil, um Ferien in der Türkei zu verbringen. Es komme auch zu keinem vermehrten Gebrauch von Benzodiazepinen. Anfang 2017 sei die Explorandin nach entsprechender psychologischer Abklärung als ausreichend stabil beurteilt worden, um sich einem schwerwiegenden operativen Eingriff (Magenbypass) zu unterziehen. Die in den Berichten vom 6. Februar und 16. März 2017 zeitgleich als schwer ausgeprägt eingestufte depressive Episode stehe dazu in aussergewöhnlichem Widerspruch. Nach erfolgter Operation sei dann auch von den behandelnden Fachpersonen eine Verbesserung des Gesundheitszustands festgestellt worden. In keinem Bericht fänden sich allerdings substanzielle Informationen zu den depressiven Syndromen. Objektive psychopathologische Befunde seien, wenn überhaupt aufgeführt, stets spärlich und liessen ein unspezifisches depressives Syndrom (als Reaktion auf das IV-Verfahren) qualitativ nachvollziehen. Der Schweregrad bleibe stets unklar, oder gar widersprüchlich. Eine Diskussion mit Bezug zum Klassifikationssystem fehle regelmässig. Anlässlich der aktuellen Untersuchung vom 13. September 2017 seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde nicht ausgeprägt. Zusammenfassend sei die nosologische Einordnung der subjektiven Beschwerden und der objektiven Befunde gemäss Gutachten vom 6. August 2015 zu bestätigen. Eine depressive Störung gemäss ICD-10 F3, die sich allenfalls von der emotionalen Instabilität abgrenzen liesse und sich im Zusammenhang mit dem IV-Verfahren bei einer weiterhin fehlenden Motivation zur beruflichen Reintegration zeige, könne wiederum nicht bestätigt werden. Die Gesundheitsschädigung erscheine konkret als eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung. Als Teil/Ausdruck dieser Störung sei zudem eine depressive Störung zu beachten, die gegenwärtig remittiert sei (F33.4). Es stehe gegenwärtig eine emotionale Instabilität im Zusammenhang mit dem IV-Verfahren im Vordergrund des klinischen Bildes. Die objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus ergebe sich für alle vergleichbaren Lebensbereiche aufgrund deutlicher Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung der bestehenden Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zwar eingeschränkt, aber möglich. So habe die

Explorandin vielfältige soziale Kontakte und kümmere sich um Haushalt und Kinder. Eine soziale Desintegration sei nicht vorhanden. Die Explorandin pflege regelmässig soziale Kontakte zu Nachbarinnen, Freundinnen und Verwandtschaft, nehme Termine wahr und gehe in die Türkei auf Reisen. Sie kümmere sich um die Kinderbetreuung und übe Freizeitaktivitäten aus (TV sehen, Radio hören, Internet nutzen, häkeln, spazieren gehen). Sie besorge ihren Haushalt. Sie fahre im PW und benütze den öffentlichen Verkehr. Es bestünden zudem gemäss den Angaben der Explorandin ein sozial üblicher Gebrauch von Tabak und Alkohol sowie eine Abstinenz bezüglich weiterer nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen, was auf zumindest angemessene innerseelische Ressourcen hinweise. Auch der Gebrauch ärztlich verordneter Benzodiazepine erfolge bestimmungsgemäss. Schliesslich wurde dargelegt, zu Eingliederungsmassnahmen bestünden keine substanzialen Informationen. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Behandlungsmassnahmen seien schon für die Zeit vor 2015 genannt worden. In Zusammenhang mit dem IV-Verfahren habe die Explorandin von sich aus sieben Mal eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen, die meist kurz gedauert habe und stets zumindest teilweise erfolgreich gewesen sei. Eine Psychopharmakotherapie sei ebenfalls verwendet worden, wobei Hinweise auf eine unregelmässige Einnahme dokumentiert seien. Bezüglich einer seit November 2015 durchgeführten regelmässig ambulant stattfindenden Psychotherapie habe die Explorandin eine entsprechende Therapiemotivation bestätigt. Die Persönlichkeitsstörung stelle auch weiterhin grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche Psychotherapie dar. Der allfällige Nutzen sei mit Blick auf eine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Die Prognose sei bei einer Persönlichkeitsstörung medizinisch-theoretisch meist chronisch stabil. Beim Verlauf der Störung der Explorandin seien eine bewusstseinsnahe Aggravation, ein Renten-/Leistungsbegehren und weitere nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen, so zum Beispiel das Lebensalter, die Herkunft, die Migration, einfache Schulbildung, geringe Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, persönliche Berufswünsche und finanzielle Sorgen. Die Arbeitsunfähigkeit sei gleich einzuschätzen wie im Gutachten vom 6. August 2015. 6.2.11 Der RAD (Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) hielt in seiner Stellungnahme vom 26. März 2018 im Wesentlichen fest, zunächst fielen die verschiedenen Verhaltensmuster der Versicherten im Rahmen der ersten Begutachtung im Jahr 2015 hinsichtlich der Selbstdarstellung und ihres konkreten Antwortverhaltens im Gutachten auf, die vermutlich der Angst geschuldet gewesen sein dürften, die von der IV bezogene Rente einzubüssen und dies möglichst zu verhindern. Dazu seien im Jahr 2015 neben subjektiven, diesbezüglich explizit formulierten Einschätzungen der Versicherten, krank und auf keinen Fall arbeitsfähig zu sein, vom Gutachter ein auffälliges Antwortverhalten und Inkonsistenzen beschrieben worden, die von ihm teilweise als Simulation gedeutet worden seien. Darauf nehme der Rechtsvertreter im Einwand allerdings nicht Bezug. Rund zwei Jahre später falle die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters nach seiner erneuten eingehenden Untersuchung unverändert aus. Aus Sicht des RAD erscheine das vorliegende psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 28. November 2017 umfassend, in Kenntnis der Akten erstellt, auf allseitigen Untersuchungen beruhend, die geklagten Beschwerden berücksichtigend, IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen diskutierend und in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit bzw.

Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Der RAD könne sich daher dieser Beurteilung anschliessen. Das Verlaufsgutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache insofern verändert, als eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 60 % spätestens ab dem Datum der Erstbegutachtung (6. August 2015) bestehe, welche lediglich während der stationären Behandlungszeiten unterbrochen worden sei (formal 100 %). Für eine angepasste Verweistätigkeit bestehe ein Zumutbarkeitsprofil von 80 %, bestehend spätestens ab dem Datum der Erstbegutachtung, welche lediglich während der stationären Behandlungszeiten unterbrochen worden sei (formal 100 %; IV-Nr. 96).

6.2.12 Gemäss Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 18. April 2018 (IV-Nr. 97 S. 3 ff.) kam es vom 18. Februar bis 11. April 2018 zur 13. Hospitalisation wegen eines Suizidversuchs, im Anschluss fand ein stationärer Aufenthalt in der F.\_\_\_\_ vom 12. April bis 6. Juli 2018 statt. Im Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2018 (IV-Nr. 99) werden folgende Diagnosen gestellt: - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (F 60.31) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F 33.1) - Agoraphobie: ohne Angabe einer Panikstörung (F 40.00) Es wurde ausgeführt, die Patientin habe insgesamt zuverlässig am Therapieprogramm teilgenommen. Im Verlauf habe sich eine schwerwiegende Symptomatik gezeigt, die sich insbesondere in häufigen und raschen Stimmungsschwankungen, Anspannung und selbstverletzenden Verhaltensweisen (oberflächliche Schnittverletzungen) sowie situativ auch passiven Todeswünschen geäussert habe. Die differenziertere Wahrnehmung der eigenen inneren Befindlichkeit sowie auch die adäquate Kommunikation nach aussen seien der Patientin ausgesprochen schwergefallen und es seien ausgeprägte Mentalisierungsdefizite deutlich geworden. Bei zurückgehenden Selbstverletzungen sei im weiteren Verlauf eine Phase aufgetreten, in welcher die Patientin über ein anhaltendes und quälendes Stimmenhören mit entwertenden und destruktiven Inhalten berichtet habe. Dies habe man diagnostisch im Rahmen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung eingeordnet. Als Anschlussbehandlung sei eine tagesklinische Behandlung empfohlen worden. Eine solche habe die Patientin schliesslich abgelehnt mit der Begründung, nach Monaten der klinikbedingten Abwesenheit von ihrer Familie sich nun zunächst mit der Unterstützung durch den ambulanten Psychiater wieder im familiären Alltag erproben zu wollen. Insgesamt habe sich eine wiederkehrende depressive Symptomatik gezeigt, die im Rahmen der integrierten, multimodalen Behandlung medikamentös und psychotherapeutisch behandelt worden sei. Die angstbezogene Symptomatik habe sich insbesondere durch die Angst der Patientin davor, alleine zu reisen, sowie entsprechendem Vermeidungsverhalten gezeigt. Die Patientin habe sich nicht getraut, den Weg nach Hause alleine mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückzulegen, es sei ihr aber im Verlauf gelungen, selbstständig Ausflüge in die Stadt zu unternehmen.

6.2.13 Der RAD-Arzt, Dr. med. N.\_\_\_\_, hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Oktober 2018 (IV-Nr. 101) schliesslich fest, die diagnostischen Einschätzungen der F.\_\_\_\_ wiesen keine wesentlichen Differenzen zu den Resultaten der Begutachtung auf. Vorübergehende Verschlechterungen der affektiven Befindlichkeit bei einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung seien als störungsimmanent anzusehen. Einer agoraphoben Symptomatik komme versicherungspsychiatrisch kein bedeutender Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Keine Aussagen seien von den Behandlern zu den versicherungsmedizinischen Fragen wie Konsistenz und Arbeitsfähigkeit gemacht worden. Die Aussage im Austrittsbericht der F.\_\_\_\_, dass die Versicherte die empfohlene Weiterbehandlung in der Tagesklinik aus familiären Gründen abgelehnt habe, lasse darauf

schliessen, dass die Symptome (und damit korrespondierend der Leidensdruck) zum Ende der Behandlung deutlich abgenommen hätten und der Gesundheitszustand sich wieder verbessert habe. Eine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands sei somit nicht plausibel ausgewiesen. An der Einschätzung des RAD vom 26. März 2018 habe sich nichts verändert.

## E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung auf die beiden psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 6. August 2015 und 28. November 2017 ab, weshalb deren Beweiskraft zu prüfen ist. Hierzu kann zunächst festgehalten werden, dass die Gutachten in Kenntnis der gesamten Aktenlage sowie nach jeweiliger einlässlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin mit gleichzeitiger Ermittlung und Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden erstellt wurden. Insofern sind die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Inhaltlich kommt Dr. med. D.\_\_\_\_ jeweils zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin zwei psychiatrische Diagnosen zu stellen sind, nämlich die einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) und einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.4), mit Status nach Suizidversuchen. Diesbezüglich bestehen keine Widersprüchlichkeiten zur Aktenlage. Weitere oder andere Diagnosen sind nie gestellt worden, und so werden diese gutachterlich auch nachvollziehbar und unter Bezugnahme auf die vorhandenen Berichte hergeleitet (erste Hospitalisation im Jahr 1999; ab Juli 2003 Diagnostizierung einer rezidivierenden depressiven Störung mit Nennung des Verdachts auf eine Persönlichkeitsstörung, Letzteres präzisiert ab Dezember 2003; ab Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 10. März 2004 unwidersprochene Attestierung einer rezidivierenden depressiven Störung in unterschiedlicher Ausprägung und einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ). Die vom Gutachter anlässlich der Untersuchung vom 2. Juli 2015 erhobenen objektiven Befunde qualifiziert dieser einleuchtend als gering ausgeprägt, so präsentierten sich Psychomotorik und Antrieb, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration unauffällig, der Affekt ausgeglichen, ein affektiver Rapport kam gut zustande (IV-Nr. 60.1 S. 15 f.). Gleiche Befunde erhob der Gutachter in der Untersuchung vom 13. September 2017: Psychomotorik und Antrieb angemessen, flexibel und lebendig, formales Denken logisch und kohärent, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration unauffällig, Gedächtnis intakt, im Affekt leicht angespannt, ruhig und ausgeglichen, dabei sehr gut moduliert. Ein affektiver Rapport sei gut zustande gekommen (IV-Nr. 92.1 S. 15 f.). Weiter weist der Gutachter in beiden Expertisen auf ein narzisstisches Interaktionsverhalten und eine klinisch vorhandene Verdeutlichungstendenz hin. Dies begründet er jeweils stimmig mit dem ausweichenden, vagen Antwortverhalten der Beschwerdeführerin zu Therapie und Tagesaktivitäten, einer mangelhaften Kooperation bei der Durchführung des Persönlichkeitstests, wohingegen zum subjektiven Befinden bezüglich des Gesundheitszustandes klare Angaben gemacht worden seien (an ihrer Krankheit sei nichts zu ändern, damit einer Arbeit nachzugehen sei unmöglich). Er leitet daraus ab, dass das Vorhandensein einer Aggravation angenommen werden könne. Die gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderte Indikatorenprüfung ergibt Folgendes: Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz, Komorbiditäten) lässt sich den Gutachten entnehmen, dass die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung leicht bis mittelschwer ausgeprägt sei, mit narzisstischen sowie depressiven, impulsiven, misstrauischen und aggressiven Anteilen (Gutachten 2015, IV-Nr. 60.1 S. 21). Die

Beschwerdeführerin erfülle die Kriterien für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung vor allem durch ihre gestörte berufliche Integration aufgrund interaktioneller Konflikte und aufgrund einer mangelhaften Durchhaltefähigkeit (Gutachten 2015, IV-Nr. 60.1 S. 22) bzw. durch ihre Impulsivität und emotionale Instabilität in leichter bis zeitweise mittelschwerer Ausprägung (Gutachten 2017, IV-Nr. 92.1 S. 25). Die objektiven psychopathologischen Befunde sind gering ausgeprägt (Gutachten 2015, S. 20; Gutachten 2017, S. 24). In Bezug auf die rezidivierende depressive Störung waren die Eingangskriterien im Jahr 2015 nicht mehr erfüllt (Gutachten 2015 S. 22) und diese daher als remittiert zu betrachten. Ein gleicher Zustand zeigte sich im Jahr 2017 (Gutachten 2017, S. 24). Zusammengefasst wird im Bereich familiäre/persönliche Beziehungen eine leichte, in den Bereichen Anpassung an Regeln/Routinen, Planung/Strukturierung von Aufgaben und Kontakt-/Gruppenfähigkeit eine leichte bis mittelschwere sowie im Bereich Durchhaltefähigkeit eine mittelschwere bis schwere Beeinträchtigung gesehen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser Defizite sei zwar eingeschränkt, aber möglich (Gutachten 2015, S. 23; Gutachten 2017, S. 24). Was den Behandlungs- und Eingliederungserfolg anbelangt, so wurde im Jahr 2015 festgehalten, die aktuellen Beeinträchtigungen (insbesondere im Bereich der Durchhaltefähigkeit) seien wesentlich von der inneren Bereitschaft der Beschwerdeführerin bestimmt, die aussergewöhnlich gering ausgeprägt sei. Sie stelle entschieden fest, dass an ihrem Gesundheitsschaden nichts zu ändern sei und lehne eine differenzierte und ausgebaute therapeutische Unterstützung zur Überwindung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ab (Gutachten 2015, S. 24). 2017 wurde darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin bereits mehrfach eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen habe, die meist kurz gedauert habe und stets zumindest teilweise erfolgreich gewesen sei. Ebenfalls wird auf die durchgeführte Psychopharmakotherapie hingewiesen sowie auf die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie, die seit November 2015 wieder regelmässig durchgeführt werde (Gutachten 2017, S. 28). Den Akten lassen sich indessen aber auch Unterbrüche in der Behandlung (und damit auch in der medikamentösen Therapie) entnehmen, so zum Beispiel ab Juli 2014 (IV-Nr. 54). Von einer konsequenten Therapie kann daher nicht gesprochen werden. Der Gutachter weist weiter auf die grundsätzliche Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung hin, stellt aber fest, dass der diesbezügliche Nutzen hinsichtlich einer relevanten Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, denn die Prognose bei einer Persönlichkeitsstörung sei medizinisch-theoretisch meist chronisch stabil (Gutachten 2017, S. 28). Zusammenfassend lässt sich damit feststellen, dass sich die Beschwerdeführerin einer Behandlung mit Unterbrüchen unterzogen hat und stationäre Massnahmen, die von der Beschwerdeführerin teilweise vorzeitig beendet wurden, jeweils zu einer teilweisen Besserung (vor allem der depressiven Symptome) geführt haben. Bezüglich Komorbiditäten wird in den Begutachtungen 2015 und 2017 ausgeführt, dass die depressiven Symptome der Beschwerdeführerin meist Ausdruck der Überforderung aufgrund der vorhandenen Persönlichkeitsdefizite (beispielsweise geringe Frustrationstoleranz, narzisstisches Selbstverständnis, Impulsivität) seien und kurzfristige (allenfalls zusätzliche) Minderungen der Leistungsfähigkeit begründeten. Da die rezidivierende depressive Episode als remittiert anzusehen ist, liegen keine erheblichen Komorbiditäten vor (Gutachten 2015, S. 22; Gutachten 2017, S. 18). Auf den Komplex «Persönlichkeit» wird in Zusammenhang mit der Herleitung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung Bezug genommen. Die

Beschwerdeführerin erfülle die Kriterien für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung vor allem durch ihre gestörte berufliche Integration aufgrund interaktioneller Konflikte und aufgrund einer mangelhaften Durchhaltefähigkeit (Gutachten 2015, IV-Nr. 60.1 S. 22) bzw. durch ihre Impulsivität und emotionale Instabilität in leichter bis zeitweise mittelschwerer Ausprägung (Gutachten 2017, IV-Nr. 92.1 S. 25). Eine soziale Desintegration sei hingegen nicht vorhanden (langjährige Familienarbeit, keine polizeilichen Auffälligkeiten, keine Verwahrlosung, Pflegen von sozialen Kontakten, kein schweres Suchtleiden). Es wird auf die von der Beschwerdeführerin genannten regelmässigen sozialen Kontakte hingewiesen (Putzhilfe, Nachbarschaft, Kolleginnen, Verwandte), auf das Wahrnehmen von Terminen, auf regelmässige Reisen in die Türkei sowie auf Freizeitaktivitäten (TV sehen, Radio hören, Internet nutzen, häkeln, spazieren). Weiter benütze die Beschwerdeführerin den öffentlichen Verkehr und fahre im PW. Sie besorge auch den Haushalt. Des Weiteren bestehe ein sozial üblicher Gebrauch von Tabak und Alkohol. Der Gebrauch der verschriebenen Benzodiazepine erfolge bestimmungsgemäss (Gutachten 2017, S. 21). Die Beschwerdeführerin selber hat im Rahmen der Begutachtung angegeben, einen strukturierten Tagesablauf zu haben. Insbesondere kann sie die Betreuung des Sohnes gewährleisten. Zum Komplex "Sozialer Kontext" und zur Kategorie «Konsistenz» (gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck) kann den Gutachten Folgendes entnommen werden: Eine Limitierung des Aktivitätenniveaus sei aufgrund deutlicher Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen gegeben (Gutachten 2017, S. 24). In diesem Sinne wird eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen gesehen, sie sei – wie die Ausprägung der gesundheitlichen Defizite – in allen Lebensbereichen gleichermaßen gering ausgeprägt. So seien denn auch regelmässige Reisen in die türkische Heimat, das Führen des Haushalts und die Kindebetreuung möglich. Zum Leidensdruck lässt sich feststellen, dass die Beschwerdeführerin (trotz chronisch stabiler Persönlichkeitsstörung) einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit Unterbrüchen nachgeht. Sie hat sich mehrfach selbständig in stationäre Behandlung begeben, wobei gestützt auf den Aktenverlauf nicht von der Hand gewiesen werden kann, dass sich solche Aufenthalte zeitlich nahe an negative Bescheide seitens der IV reihten und dann im Rahmen der jeweiligen Aufenthalte mehrfach ein Drängen der Beschwerdeführerin nach vorzeitiger Entlassung festzustellen war. So lässt sich dem Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2016 zum Beispiel (IV-Nr. 90 S. 25 ff.) entnehmen, beim Eintritt in die Klinik habe ein Bescheid der Beschwerdegegnerin, dass die IV-Rente gekürzt werden solle, stark im Vordergrund gestanden. Zwischen 2007 und 2015 (während Zeiten finanzieller Absicherung durch die fliessenden Rentenleistungen) kam es zu keinem stationären Aufenthalt und die ambulante Behandlung wurde ebenfalls unterbrochen. Zehn der insgesamt 16 Hospitalisationen (bis zur angefochtenen Verfügung) fallen in die Zeit nach der ersten Begutachtung im Rahmen des Revisionsverfahrens, das zur Aufhebung der Rentenleistungen führte (vgl. die mit der Beschwerdeergänzung vom 5. April 2019 eingereichte Bestätigung der E.\_\_\_\_ vom 1. Februar 2019). Schliesslich wird darauf hingewiesen, dass im Verlauf der Störung eine bewusstseinsnahe Aggravation, ein Renten-/Leistungsbegehren und weitere soziale (IV-fremde) Faktoren (Lebensalter, Herkunft, einfache Schulbildung, Abstinenz vom Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, langjähriger Rentenbezug) zu nennen seien. Diese behinderten als nicht krankheitsbedingte

Aspekte die medizinisch zumutbare Willensanstrengung (Gutachten 2017, S. 25 ff. und 29 f.). Die Bereitschaft der Beschwerdeführerin zur Überwindung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei weiterhin gering ausgeprägt. Es erkläre sich die gezeigte Aggravation bzw. eingeschränkte Kooperationsbereitschaft nicht durch primär psychopathologische Defizite, sondern durch ein bewusstseinsnahes Ringen um die Anerkennung als Invalide. Aus den erhobenen Befunden und der Diagnostik leitet der Gutachter sodann sowohl im ursprünglichen Gutachten vom 6. August 2015 als auch im Verlaufsgutachten vom 28. November 2017 folgendes Arbeitsfähigkeitsprofil ab: Da die Kriterien für eine depressive Episode nicht (mehr) erfüllt seien, lasse sich dadurch auch kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr begründen. Die als leicht bis mittelschwer zu qualifizierende Persönlichkeitsstörung hingegen wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aufgrund der Persönlichkeitsdefizite seien gutachterlich gesehen kurzfristige Minderungen der Leistungsfähigkeit gegeben. Für die Zeiten stationärer Hospitalisation sei bereits aus formalen Gründen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Diese sei, insbesondere aufgrund der Art der Störung, in der Regel von kurzfristiger Dauer. Der relevante Einfluss der Persönlichkeitsstörung wird für eine Tätigkeit im ersten, ausgeglichenen Arbeitsmarkt bzw. die angestammte Tätigkeit mit 40 % Minderung beziffert. Für angepasste Tätigkeiten (wenig Team- / Kundenkontakt, einfach, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Leistungsdruck) und Tätigkeiten im Haushalt wird aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante (20%ige oder höhere) Arbeitsunfähigkeit angenommen. Von dieser Einschätzung könne ab dem aktuellen Untersuchungszeitpunkt (2. Juli 2015) ausgegangen werden (IV-Nr. 60.1 S. 22 ff.). Zur Frage der Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprache hält der Gutachter fest, die durch die Persönlichkeitsstörung begründbaren Defizite hätten gemäss den Akten zwischen 2003 und 2010 eine längerfristige vollständige Arbeitsunfähigkeit begründet. Dies sei zur Kenntnis zu nehmen. In den Akten würden zudem unregelmässig depressive Episoden attestiert. Die Eingangskriterien würden aus objektiver Sicht nicht mehr erfüllt, ein eigenständiger und zusätzlicher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne dadurch nicht mehr begründet werden (IV-Nr. 60.1 S. 26).

7.2. Zusammenfassend sind die Ausführungen des Gutachters Dr. med. D.\_\_\_\_ als schlüssig und nachvollziehbar zu bezeichnen. Die Gutachten werden damit den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme grundsätzlich gerecht. Zu prüfen ist weiter, ob inhaltliche Mängel bestehen. Die Beschwerdeführerin lässt diesbezüglich verschiedene Einwände erheben:

7.2.1 Es wird geltend gemacht, die primäre Frage der Verbesserung des Gesundheitszustandes werde von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht ausreichend beantwortet. Dem kann nicht gefolgt werden. Dieser sieht die Kriterien für eine depressive Episode als nicht mehr erfüllt an, womit eine solche auch keinen eigenständigen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr haben kann. Insofern greift die Aussage, dass bei Persönlichkeitsstörungen der hier bestehenden Art medizinisch-theoretisch grundsätzlich von einer langjährig stabilen Situation auszugehen sei, zu kurz. Die Verbesserung des Gesundheitszustands liegt in der Remission der rezidivierenden depressiven Störung. Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte insbesondere gestützt auf eine depressive Symptomatik. Diagnostiziert wurden damals eine rezidivierende depressive Störung und eine emotional instabile Persönlichkeitsstruktur, als beeinträchtigend genannt wurde die Entwicklung von depressiven Symptomen seit 1999. Genannt wurden in den Berichten vorwiegend depressive Symptome, Befunderhebung und Behandlungskonzept konzentrierten sich auf solche. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass sich die damalige Rentenzusprache

eher stärker auf die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (deren Schweregrad damals nicht qualifiziert wurde) stützte als auf diejenige einer emotional instabilen Persönlichkeitsstruktur (vgl. E. II. 6.1 hiervor).

7.2.2 Im Weiteren werden die gutachterlichen Ausführungen zum Schweregrad der Persönlichkeitsstörung angezweifelt, die sich aber mit Blick auf die vorstehenden Erwägungen als nachvollziehbar erwiesen haben. Ebenso wurden dabei Belastungsdynamiken in die Folgenabschätzung miteinbezogen, indem gutachterlich ausgeführt wird, welche Bereiche in welcher Form durch die bestehende Persönlichkeitsstörung eingeschränkt sind. Erwähnt wird, dass sich bei Überforderung depressive Symptome zeigten, die dann in kurzfristige zusätzliche Minderungen der Leistungsfähigkeit mündeten.

7.2.3 Es wird sodann moniert, der Gutachter habe keine fremdanamnestic Angaben eingeholt. Zum einen lässt sich dazu feststellen, dass dem Gutachter Berichte der behandelnden Ärzte vorlagen. Zum anderen liegt es im Ermessen des Gutachters, welche Untersuchungen er durchführt. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen).

7.2.4 Auch die Ausführungen zur fehlenden Medikamentenspiegelbestimmung anlässlich der zweiten Begutachtung (es könne nicht eine Medikamentenspiegelbestimmung als erforderlich erachtet werden und bei Uneinbringlichkeit trotzdem davon ausgegangen werden, der Sachverhalt könne beurteilt werden) vermögen keine Zweifel an der Beweiskraft der Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aufkommen zu lassen. Dieser erwähnt, dass die Beschwerdeführerin eine Blutprobe zur Medikamentenspiegelbestimmung verweigert habe. Er leitet daraus keine fehlende Medikamentencompliance ab, aber eine eingeschränkte Mitarbeit der Beschwerdeführerin. Eine solche erkennt er indessen auch an anderer Stelle, so bei der Mitarbeit bei den Psychotests und dem teilweisen Drängen auf Entlassung während stationärer Aufenthalte. Die fehlende Kooperation bezüglich einer Blutentnahme ist somit nicht hauptausschlaggebendes Kriterium. Insofern war es auch nicht angebracht, dass die Beschwerdegegnerin ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren hätte durchführen und der Beschwerdeführerin die Auflage erteilen müssen, sich einer gutachterlichen Blutspiegelkontrolle zu unterziehen.

7.2.5 Die Beschwerdeführerin lässt ferner geltend machen, die Diskussion der Einschränkung der Leistungsfähigkeit und die dortigen Ergebnisse erschienen unklar bis widersprüchlich, weil einerseits vorbehaltlos von einer 40%igen Einschränkung im ersten Arbeitsmarkt und damit einhergehend unter anderem einer mittelschweren bis schweren Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit gesprochen werde, andererseits ohne nähere Erklärung für eine angepasste Tätigkeit keine relevante Einschränkung attestiert werde, obgleich die Grundfertigkeiten eigentlich stets mehr oder weniger stark gefordert seien. Auch dem kann nicht zugestimmt werden. Der Gutachter sieht die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt insbesondere wegen der eingeschränkten Durchhaltefähigkeit als um 40 % eingeschränkt, formuliert aber auch ein dieser Beeinträchtigung angepasstes Tätigkeitsprofil (wenig Team-/Kundenkontakt, einfach, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Leistungsdruck). Eine solche Tätigkeit stellt weniger Anforderungen an die Durchhaltefähigkeit. Im Übrigen ist die Frage, ob der Arbeitsmarkt Stellen kennt, in welchen eine Grundfertigkeit weniger gefordert ist als in anderen, eine Rechtsfrage, die nicht gutachterlich zu klären, sondern richterlich zu prüfen ist.

7.2.6 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin geht der Gutachter auch auf die bis 2017 stattgefundenen, mehrfachen stationären Aufenthalte ein. Beispielsweise erwähnt er den Widerspruch zwischen der im April 2017 nach

entsprechenden psychologischen Abklärungen durchgeführten Magenbypass-Operation gegenüber den Berichten der E. \_\_\_\_, die für die Zeit kurz davor von einer schweren depressiven Episode ausgegangen waren (IV-Nr. 88, zum stationären Aufenthalt vom 8. Februar bis 10. März 2017). Die Beschwerdeführerin hatte im Rahmen der Verlaufsbeurteilung angegeben, sie sei im Januar 2017 in psychologischer Hinsicht untersucht worden, um eine Entscheidung für die Operation zu treffen (Gutachten 2017, S. 8). So stellt ein ernsthaftes, nicht auf das Übergewicht zurückzuführendes psychisches Leiden, das in den letzten zwei Jahren zu rezidivierenden Dekompensationen geführt hat, eine Kontraindikation für einen derartigen Eingriff dar (vgl. Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht der Swiss Society for the Study of morbid Obesity, Fassung ab 1. Januar 2018, siehe [www.smob.ch](http://www.smob.ch), besucht am 13. Oktober 2019). Es fällt auch auf, dass sich die Hospitalisationen vor allem nach der ersten Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_\_ im Rahmen des Revisionsverfahrens gehäuft haben. Demgegenüber kam es in den Jahren, in welchen eine finanzielle Absicherung durch eine ganze Rente gegeben war, kaum zu Einbrüchen, die stationäre Aufenthalte erfordert hätten (kein stationärer Aufenthalt zwischen November 2007 und Juli 2015; vgl. Bestätigung der E. \_\_\_\_ vom 1. Februar 2019). Die Beschwerdeführerin stellte eine Zeit lang sogar die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ein. Der Gutachter erwähnt, dass es sich meist um Selbsteinweisungen gehandelt habe, die Aufenthalte mehrfach von kurzer Dauer gewesen seien und dass sich jeweils eine Besserung eingestellt habe. In Bezug auf diese Berichte wird weiter moniert, dass der Gutachter diese fehlenden substantiellen Angaben zu den depressiven Syndromen ankreide, was nicht zulässig sei, da es nicht Aufgabe eines solchen Berichts sei, diesbezüglich Aussagen zu treffen. Dem ist entgegenzuhalten, dass solchen Berichten in versicherungsmedizinischer Hinsicht auch relativ wenig abgewonnen werden kann.

7.3 Neben den Einwänden der Beschwerdeführerin gilt es auch zu prüfen, ob weitere, nach der Begutachtung erstellte medizinische Berichte, Zweifel an der Beweiskraft der Begutachtung(en) aufkommen lassen:

7.3.1 Im Austrittsbericht der F. \_\_\_\_ vom 26. Juli 2018 (IV-Nr. 99) werden neben einer bisher noch nie attestierten Agoraphobie die gleichen Diagnosen gestellt, die auch Dr. med. D. \_\_\_\_ erhoben hat. Bezüglich der depressiven Störung wird von einem mittleren Schweregrad ausgegangen. Eigentliche Befunde lassen sich dem Bericht indessen kaum entnehmen. Vielmehr werden anamnestiche Angaben der Beschwerdeführerin wiedergegeben. Es wird nur darauf hingewiesen, dass sich eine «schwerwiegende Symptomatik» gezeigt habe, die sich insbesondere in häufigen und raschen Stimmungsschwankungen, Anspannung und selbstverletzenden Verhaltensweisen sowie situativ auch passiven Todeswünschen geäussert habe. Im Weiteren wird der Verlauf des Aufenthalts mit einer Besserung der Symptomatik beschrieben. Insgesamt wird von einer wiederkehrenden depressiven Symptomatik gesprochen, die konkreten Symptome werden aber nicht aufgeführt. Auch bezüglich der genannten Angstsymptomatik werden abgesehen von der Angabe der Beschwerdeführerin, sich davor zu fürchten, alleine zu reisen, keine Angaben gemacht. Ebenso sagt der Bericht nichts zur Arbeitsfähigkeit. Insofern vermag dieser keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_ aufkommen zu lassen. Zu Recht weist der RAD (IV-Nr. 101) auch auf den (nicht neuen) Umstand hin, dass die Beschwerdeführerin offenbar eine vorgeschlagene, weiterführende Behandlung nicht wünschte, was Rückschlüsse auf den Leidensdruck zulässt.

7.3.2 Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen des Beschwerdeverfahrens ein Parteigutachten vom 26. März 2019 einreichen lassen, erstellt von Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Beilage 4 zur Beschwerde vom 20. Februar 2019). Zu den subjektiven

Angaben der Beschwerdeführerin wird darin festgehalten, diese leide nach wie vor unter Ängsten und Depressionen. In der Kindheit und Adoleszenz habe sie wahrscheinlich Probleme gehabt wegen Ausrastern. Sie gerate rasch in Wut und könne auch Gegenstände unkontrolliert herumwerfen. Früher habe sie sich geritzt, aber lange nicht mehr. Ihre Hauptbeschwerde seien die Depressivität und ihre instabile Stimmung. Sie sei vergesslich und ihr Gedächtnis verschlechtere sich. Sie lebe in permanenter Angst, dass es ihr am nächsten Tag schlecht gehe. Wenn sie sich nicht gut fühle, leide sie unter extremer Anspannung, unter Lust- und Energielosigkeit und unter dem Drang, sich zuzudröhnen, ins Bett zu legen und den nächsten Tag abzuwarten. An guten Tagen erledige sie den Haushalt, putze, komme ihren Aufgaben als Familienfrau nach, nehme Telefone entgegen und pflege Kontakt mit Kolleginnen. An schlechten Tagen meide sie jeglichen Kontakt, nehme Medikamente, ziehe sich ins Bett zurück und wolle in Ruhe gelassen werden. Neu leide sie auch unter Angstzuständen und Panikattacken. Folgende Befunde werden erhoben: Die Auffassung sei intakt, die Konzentration leicht fluktuierend, das formale und inhaltliche Denken leicht verlangsamt. Die Angaben seien teilweise vage, repetitiv, ohne Konkretisierung. Befürchtungen und Zwänge seien im Rahmen der Grunderkrankung vorhanden, Ich-Störungen nicht. Im Affekt präsentiere sich die Explorandin jammrig, weinerlich, herabgestimmt, bedrückt, aber weder kognitiv-mnestisch, noch psychomotorisch verlangsamt oder eingeschränkt. Es bestehe ein ausgeprägter Leidensdruck. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin mittelgradig affektarm ohne Auslenkung zur positiven Seite mit gestörten Vitalgefühlen. Antrieb und Psychomotorik seien situativ unauffällig. Die Beschwerdeführerin beschreibe weiter phobisch anmutende Ängste vor Menschenmengen und -ansammlungen. Aktuell höre sie zwei- bis dreimal pro Woche Stimmen, was sie nicht weiter beeinträchtige. Sie zeige ein ausgeprägtes Krankheitsbewusstsein mit dem Gefühl, unheilbar krank zu sein. Sie leide an einem Lebensüberdruß und habe die Hoffnung auf Besserung verloren. Sie sei ausgeprägt impulsiv. Sie leide unter ihrem Handeln und Verhalten, könne dieses aber nicht ändern. Sie traue sich das Arbeiten nicht zu, obwohl sie an guten Tagen aktiv sei, aufräumen und waschen möge. Ihre Befindlichkeit sei wenig voraussehbar und könne von einem auf den anderen Tag ändern. Diagnostiziert wird Folgendes: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) - Rezidivierende depressive Störung, zurzeit leichte Episode (ICD-10 F33.0) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach eigenanamnestisch fünf Suizidversuchen, die letzten im Dezember 2018/Januar 2019 - Störung durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom F17.2 - Status nach Missbrauch / DD Abhängigkeit von Benzodiazepinen F13.1/F13.2 - Status nach Magenbypassoperation wegen Adipositas mit somatischen Folgeerkrankungen (Hypertonie, Diabetes) Die Kriterien für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung seien erfüllt. Berücksichtige man die Forschungskriterien der ICD-10, seien für den impulsiven Typ vier, fraglich fünf von fünf Kriterien erfüllt, beim Borderline-Typ drei von fünf. Dies spreche gegen ein leichtes Störungsbild. Die psychotisch anmutenden oder beschriebenen Episoden passten zu einer schweren Borderline-Persönlichkeitspathologie. Bei einer leichten Borderline-Störung wären solche eher nicht zu erwarten. Die psychotischen Merkmale in der beschriebenen Art seien eher der Persönlichkeitspathologie als der Depression zuzuordnen. Eine Verschlechterung bzw. Zunahme der Symptome sei ebenfalls 2004 beschrieben. 2014 sei eine Zustandsverbesserung von November/Dezember 2013 bis ungefähr Februar / März 2014 beschrieben. Der Beschwerdeführerin sei wiederholt Aggravation vorgeworfen worden,

ohne dass die entsprechende Diagnose gestellt worden sei. Die Zustandsverbesserung resultiere aus der Besserung der Depression. Anzumerken sei, dass Impulsivität sowie eine reduzierte Planungs- und Strukturierungsfähigkeit Merkmale der Borderline-Psychopathologie und nicht Ausdruck einer ungenügenden Motivation, eines dysfunktionalen Krankheitskonzeptes oder schlechten Willens seien. Somit sei der Zustand über einen längeren Zeitraum betrachtet in etwa stabil mit den zum Krankheitsbild gehörenden Fluktuationen. Nach dem Absetzen von Medikamenten (Impulsivität) 2017 habe sich der Zustand verschlechtert. Es sei zu Selbstverletzungen gekommen. Im Ergänzungsgutachten vom Dezember 2017 habe man die Beschwerdeführerin erneut in remittierter Depression angetroffen. Dass die stationären Aufenthalte der Beschwerdeführerin kurz und erfolgreich gewesen seien, könne auch dahingehend gelesen werden, dass diese ausserhalb des geschützten und hochstrukturierten Klinikrahmens überfordert gewesen sei. Im August 2018, als die Beschwerdeführerin zur Borderline-spezifischen Behandlung in der F.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen sei, sei von einer schweren Symptomatik mit häufigen und raschen Stimmungswechseln, Spannungszuständen und selbstverletzendem Verhalten geschrieben worden. Dass bei der Explorandin eine rezidivierende depressive Störung vorliege, sei allgemein anerkannt. Dabei sei anzumerken, dass bei emotionaler Instabilität sowohl gute oder euphorisch anmutende Tage, aber auch Tage von plötzlich einschliessender Schwermut, Blockiertheit, Anspannung, ausgeprägtem Leiden etc. aufträten, die klinisch einer Depression entsprächen. Die Explorandin beschreibe die depressiven Phasen als länger anhaltend, quälend und belastend. Depressionsfreie Intervalle seien seit ungefähr 2005 für maximal drei Monate belegt. Die antidepressive Behandlung werde lege artis durchgeführt. Die Kriterien für eine leichte Depression seien im klinischen Eindruck und gemäss ICD-10 Kriterien erfüllt. Vermutlich würde ein psychometrisches Testverfahren auf eine eher schwerere, mindestens mittelschwere Depression hinweisen. Mit der rezidivierenden Depression liege eine psychiatrische Komorbidität vor. Im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung seien die komplexen Ich-Funktionen (Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität) erheblich beeinträchtigt. Gemäss Schilderung der Explorandin und Abgleich mit den Akten seien sämtliche Lebensbereiche in vergleichbarem Ausmass betroffen. Die Explorandin sei auf Fremdhilfe für die Erledigung ihrer Aufgaben als Hausfrau und Mutter und für die Vermeidung von Suizidalität angewiesen. Zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, die Angaben der Explorandin seien konsistent und plausibel. Befrage man sie beispielsweise nach den Reisen in die Türkei, gebe sie an, passiv von den Angehörigen mitgenommen zu werden. Sie ziehe sich in der Türkei in ihre Wohnung zurück. Sie gebe an, dass sie gerne arbeiten würde, obwohl die Familie nicht auf ein Zusatzeinkommen angewiesen sei. Sie fühle sich aber weder in der Lage, ausserhäuslich zu arbeiten, noch regelmässig an einem Arbeitsort zu erscheinen, präsent zu bleiben oder sich auf eine Tätigkeit zu konzentrieren. Auch in Abwesenheit von Depression sei die Explorandin nicht gesund, sondern sie leide an einer mittelschweren bis schweren Borderline-Persönlichkeitspathologie. Sämtliche Lebensbereiche seien gleichermassen betroffen. Nach ungefähr 15-jähriger Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bei knapp 20-jähriger Krankheitsdauer seien die Belastbarkeit, Anpassungsfähigkeit, Flexibilität, Integrationsfähigkeit und Durchsetzungsfähigkeit der Explorandin deutlich beeinträchtigt. Sie verfüge über eine glaubhaft anmutende grundsätzliche Arbeitsmotivation, was sie durch ein möglichst gutes Besorgen des

Haushaltes an guten Tagen belege. Sie habe einen guten Lebenswillen und ihre schwere Krankheit trotz mehreren Suizidversuchen überlebt. Mit Ausnahme des Gutachters bestehe ärztlicherseits seit vielen Jahren ein Konsens über eine anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit im primären Arbeitsmarkt. Nach aktueller Einschätzung dürfte eine 30 bis 50%ige Arbeitsfähigkeit mit unregelmässiger Präsenz im geschützten Rahmen möglich sein. Dr. med. D. \_\_\_ verkenne in seinem Gutachten die Schwere der Persönlichkeitspathologie. Der hohe Leidensdruck und die dramatisierende Darstellung seien Teil der Borderline-Pathologie. Zum Untersuchungszeitpunkt sei eine deutlich erhöhte Suizidalität festzustellen gewesen. Integral betrachtet liege bei der Explorandin über viele Jahre ein stabiler Gesundheitszustand auf relativ tiefem Niveau vor. Die gutachterlich festgestellte Verbesserung des Gesundheitszustandes sei durch den weiteren Verlauf weitgehend widerlegt und habe anhand der Akten nicht bestätigt werden können. Es handle sich zudem um eine abweichende Interpretation einer bereits vorbestehenden und ausführlich dokumentierten und chronifizierten Pathologie, die ursächlich zur Berentung geführt habe. Insgesamt sei die Explorandin als 100 % arbeitsunfähig in der bisherigen und auch in einer angepassten Tätigkeit anzusehen. Auch das Parteigutachten vermag keine Zweifel an den beiden Administrativgutachten zu begründen. Vergleicht man die Befunde, so fallen diese nicht wesentlich anders aus, sie werden lediglich anders interpretiert. Beispielsweise hält Dr. med. G. \_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin ein «ausgeprägtes Krankheitsbewusstsein» habe mit dem «Gefühl, unheilbar krank zu sein». Dr. med. D. \_\_\_ beschreibt eine unumstössliche Ansicht der Beschwerdeführerin, dass an ihrem Gesundheitsschaden nichts zu machen sei (Verdeutlichungstendenzen). Diagnosen werden von beiden Gutachtern die gleichen gestellt, die Beurteilungen gehen einzig in Bezug auf den Schweregrad auseinander. Wohl lässt eine Diagnose allein keine Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit zu, im vorliegenden Fall werden aber vergleichbare Befunde erhoben. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts. In Bezug auf die Persönlichkeitsstörung spricht Dr. med. G. \_\_\_ von einer schweren Pathologie, was insbesondere mit Stimmenhören begründet wird (welches die Beschwerdeführerin aber nach eigenen Angaben nicht weiter beeinträchtigt). Weshalb sie in der Lage ist, trotz schwerer Pathologie den Haushalt zu führen, wird nicht erwähnt. Ohnehin fehlt es dem Gutachten an einer konkreten Wiedergabe von Tagesstruktur, Ressourcen und/oder Angaben über soziale Kontakte. Diese Kriterien wurden offensichtlich nicht oder nur am Rande erhoben. Auch auf den bereits erwähnten augenfälligen zeitlichen Zusammenhang zwischen Überprüfung des Rentenanspruchs und einer verstärkten Inanspruchnahme medizinischer Behandlungsmassnahmen geht der Privatgutachter nicht ein. Seine Bemerkung (Gutachten S. 17), die Hospitalisationen ab 2015 könnten als Überforderung ausserhalb des Klinikrahmens gelesen werden, erklärt nicht, warum zuvor seit 2007 ein wesentlich geringerer Behandlungsbedarf bestanden hatte. Auch die Feststellung, die Familie sei nicht auf ein Einkommen der Beschwerdeführerin angewiesen, wäre angesichts der aktenkundigen Verhältnisse mit einer Lohnpfändung und Schulden von CHF 200'000.00 im Jahr 2016 (vgl. IV-Nr. 90 S. 27) näher zu erläutern gewesen. Bezüglich der depressiven Symptomatik stellt auch Dr. med. G. \_\_\_ indessen eine Verbesserung fest (leichtgradige Episode). Eine Fremdanamnese hat er ebenso wenig eingeholt (oder einholen können) und auch er hat die Beschwerdeführerin nicht an mehreren Tagen exploriert, obwohl beschwerdeweise geltend gemacht wird, bei den schwierig zu stellenden Persönlichkeitsstörungsdiagnosen müsse nach Möglichkeit an mehreren Terminen exploriert werden. Auch bezüglich Konsistenz sind die beiden

Gutachter nicht der gleichen Auffassung. Die Angaben von Dr. med. G.\_\_\_\_ dazu vermögen aber keine Zweifel an den Administrativ-Gutachten zu erwecken. Er hält lediglich fest, dass die eigenanamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin konsistent seien. Auf die entsprechenden Überlegungen des Administrativgutachtens geht er nicht näher ein. Zum Vorwurf, dass der Beschwerdeführerin durch Dr. med. D.\_\_\_\_ wiederholt Aggravation vorgeworfen worden sei, ohne dass die entsprechende Diagnose gestellt worden sei, ist zu sagen, dass Aggravation keine Alles-oder-Nichts-Diagnose darstellt. Sie kann auch teilweise vorliegen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_294/2018 vom 28. November 2018 E. 3.2.3). Die Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ wird im Übrigen auch vom RAD- und Facharzt Dr. med. N.\_\_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 26. März und 17. Oktober 2018 gestützt, wonach die Abklärungsergebnisse im Rahmen der Begutachtung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 28. November 2017 nachvollziehbar seien und überzeugten (IV-Nr. 96 S. 4 f.). Er wies sodann darauf hin, vorübergehende Verschlechterungen der affektiven Befindlichkeit bei einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung seien als störungsimmanent anzusehen, weshalb daraus keine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands abgeleitet werden könne (IV-Nr. 101 S. 2). In seiner vorliegend jüngsten Stellungnahme vom 8. Mai 2019 kommt Dr. med. N.\_\_\_\_ zum Schluss, beide Gutachter wiesen unter phänomenologischen Gesichtspunkten eine Verbesserung des Gesundheitszustandes gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahr 2005 aus (F33.1 bei Rentenzusprache zu F33.4 [Dr. med. D.\_\_\_\_, remittierte Depression] bzw. zu F33.0 [Dr. med. G.\_\_\_\_, leichte Depression]). Das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ sei in wichtigen Teilen nicht ohne weiteres plausibel und überzeugend. Die Herleitung der Einschätzung des Privatgutachters, bei der Beschwerdeführerin liege eine schwere Form der Persönlichkeitsstörung mit entsprechend massiven Auswirkungen auf Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit vor, sei nicht hinreichend belegt und nachvollziehbar begründet. Der RAD könne sich daher der Gesamteinschätzung des bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Gesundheitsschadens und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht anschliessen (A.S. 29). Demnach ist auch nach der fachärztlichen Einschätzung von Dr. med. N.\_\_\_\_ den beiden Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ zu folgen, zumal ihnen – im Vergleich zum Parteigutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ – eine höherer Beweiswert zukommt (vgl. E. II. 5.3 hiervor). 7.4 Nach dem Gesagten vermögen auch die nach Erstellung der Gutachten eingegangenen Unterlagen keine Zweifel an der Beweiskraft der Administrativ-Gutachten zu erwecken. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_ abgestellt. Demgemäss hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin spätestens seit dem 2. Juli 2015 (Untersuchungsdatum der ersten Begutachtung) verbessert. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit beträgt 60 %. In einer angepassten Verweistätigkeit (wenig Team- und Kundenkontakt, einfach, gut strukturiert, wenig komplex und ohne Leistungsdruck) beträgt die Arbeitsfähigkeit mindestens 80 %. 8. Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich ist unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden. Für die Bemessung des Valideneinkommens wurde auf den von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielten Verdienst bei der C.\_\_\_\_ abgestellt und an die Nominallohnentwicklung angepasst. Das Valideneinkommen beträgt demnach CHF 53'106.00. Weil die Beschwerdeführerin keine angepasste Verweistätigkeit aufgenommen hat, wurde für die Berechnung des Invalideneinkommens auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der konkret angewendete Tabellenlohn (LSE 2016 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen) erweist sich angesichts des

zumutbaren Tätigkeitsprofils als korrekt. Das Invalideneinkommen beträgt demgemäss nach Aufrechnung der Wochenstunden und Anpassung an die Teuerung CHF 54'790.00 für ein Vollpensum bzw. CHF 43'832.00 für ein 80%-Pensum. Die Beschwerdegegnerin hat bezüglich des Invalideneinkommens, das auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt wurde, korrekterweise einen leidensbedingten Abzug vorgenommen, um den behinderungsbedingten Einschränkungen Rechnung zu tragen. Die Beschwerdeführerin ist auf einen einfachen, gut strukturierten Arbeitsplatz mit wenig Team- und Kundenkontakt angewiesen, der Leistungsdruck darf nicht zu hoch sein. Der Maximalabzug beträgt nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung 25 % (BGE 126 V 75 E. 5b / bb – cc). Mit dem von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Abzug von 10 %, der sich als angemessen erweist, errechnet sich ein Invalideneinkommen von CHF 39'449.00. Im Übrigen würde auch bei einem Maximalabzug von 25 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren. Der Invaliditätsgrad beträgt 26 %, folglich besteht kein Rentenanspruch. Die Beschwerdegegnerin hat die Rente zu Recht gestützt auf Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats, d.h. auf Ende Februar 2019, aufgehoben. 9. Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin auch einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint. Dies ist vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin als vollständig arbeitsunfähig erachtet und in den letzten Jahren folglich auch keine Anstalten gemacht hat, die verbleibende Restarbeitsfähigkeit zu verwerten, nicht zu beanstanden. Berufliche Massnahme erscheinen vorliegend weder sinnvoll noch zweckmässig.

## **E. 10**

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG), insbesondere auch kein Anspruch auf Übernahme der Kosten des Privatgutachtens von Dr. med. G. \_\_\_ durch die Beschwerdegegnerin. 10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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