

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00255 vom 23. März 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00255](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00255)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00255 du 23 mars 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00255 del 23 marzo 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin ist unbestrittenermassen als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 7.2

Bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 %

in jeder Tätigkeit und der unbestritten gebliebenen Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 100 % Erwerbstätige (vgl. Urk. 1, Urk. 2, Urk. 9/101) resultiert bei einem Prozentvergleich ein rentenanspruchsausschliessender Invaliditätsgrad von 0 %.

Die Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente erweist sich demnach als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

8.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Paul Baumgartner - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Keller

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E).

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den

Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 27. Februar 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. Januar 2017 (Urk. 2) und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Weiterausrichtung der bisherigen Invalidenrente. Eventuell sei die Sache zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Am 3. April 2017 (Urk. 8) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 10. April 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungseinstellende Verfügung vom 27. Januar 2017 (Urk. 2) damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gemäss dem eingeholten Gutachten gegenüber 2011 da hingehend verbessert habe, dass eine erhöhte Arbeitsfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit vorliege (S. 1 unten). Der Beschwerdeführerin sei eine Erwerbstätigkeit in vollem Umfang zumutbar (S. 2 Mitte).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber aus näher dargelegten Gründen (Urk. 1 S. 3 ff. Ziff. 6 ff.) auf den Standpunkt, die Verfügung erweise sich als durch die medizinischen Feststellungen und Berichte nicht gedeckt (S. 7 Ziff. 26).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete Rente der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. Januar 2017 (Urk. 2) zu Recht aufgehoben hat, mithin, ob sich der Gesundheitszustand seit der Renten zusprache vom 10. Juni 2010 (Urk. 9/39) wesentlich verbessert hat. 3. 3.1

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 10. Juni 2010 (Urk. 9/39)

lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde: 3.2

Dr. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 18. September 2009 (Urk. 9/20) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit 2005 und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.11) - Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Von Februar bis Mai 2007 und von November 2008 bis Februar 2009 habe eine stationäre Behandlung in der Z.\_\_\_\_ stattgefunden (Ziff. 1.3, vgl. auch den Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2009, Urk. 9/15). Gegenwärtig fänden einmal pro Woche stützende Gespräche statt und es werde versucht, eine minimale Tagesstruktur zu etablieren (Ziff. 1.5). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Musikerin seit August 2008 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Sie leide an Dauermüdigkeit und Konzentrationsstörungen, sodass sie nicht üben und nicht an Proben und Aufführungen teilnehmen könne (Ziff. 1.7). 3.3

Dr. Y.\_\_\_\_ ergänzte mit Verlaufsbericht vom 1. November 2009 (Urk. 9/25), bezüglich Suizidalität sei eine langsame Verbesserung eingetreten. Die Patientin habe eine ambulante Ergotherapie begonnen. Bezüglich Erschöpfung habe eher eine Verschlechterung stattgefunden (S. 1 Ziff. 3). Zurzeit sei eine behinderungs angepasste Tätigkeit wegen der erschöpfungsbedingten Unzuverlässigkeit nicht zumutbar. Die Beschwerdeführerin baue nur langsam eine minimale Tagesstruktur auf. Sie sei gelernte Musikerin (Kontrabass), spreche Japanisch, Englisch, Italienisch und einigermaßen Deutsch. Sie habe einige Computerkenntnisse (S. 3). 3.4

Am 23. Dezember 2009 erfolgte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (vgl. Abklärungsbericht vom 15. Januar 2010, Urk. 9/28). Die Beschwerdeführerin habe angegeben, bei Gesundheit aus finanziellen Gründen einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit im Ausmass von 100 % nachzugehen. Die Abklärungsperson legte dementsprechend die Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 100 % Erwerbstätige fest (S. 3 Ziff. 2.5). 3.5

Mit Verfügung vom 10. Juni 2010 (Urk. 9/39) sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. Februar 2010 eine ganze Rente zu.

#### 4. 4.1

Im Rahmen der ersten amtlichen Rentenrevision holte die Beschwerdegegnerin die folgenden medizinischen Berichte ein: 4.2

Dr. Y.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 14. Oktober 2010 (Urk. 9/45) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.0) - Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31)

Eine stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin habe zuletzt von August bis September 2010 stattgefunden (Ziff. 1.3). Seit November 2009 sei der Verlauf im Wesentlichen gleichbleibend. Die Beschwerdeführerin habe einige Versuche gemacht, eine Tagesstruktur aufzubauen. Alle seien an der Erschöpfung gescheitert. Die letzte Einweisung in die Z.\_\_\_\_ sei per Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) wegen Suizidalität erfolgt (Ziff. 1.4). Als Musikerin bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). 4.3

Am 10. Februar 2011 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, ihr Rentenanspruch sei unverändert (Urk. 9/51). 5. 5.1

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2017 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte vor: 5.2

Dr. Y.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 13. Mai 2014 (Urk. 9/57) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.11) - Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10

F60.31)

Insgesamt sei eine weitere Stabilisierung eingetreten. Eine ernsthaftere Krise im Herbst 2013 sei ohne Klinikaufenthalt bewältigt worden. Sie sei nach wie vor wenig belastbar (Ziff. 1.4). Sie sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig in ihrer bisherigen Tätigkeit als Musikerin (Ziff. 1.6). 5.3

Am 26. Mai 2015 erfolgte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (vgl. Abklärungsbericht vom 29. Mai 2015, Urk. 9/101). Die Beschwerdeführerin sei am 5. September 2014 Mutter eines Sohnes geworden (S. 1 Ziff. 1). Mit der Tätigkeit als Musikerin seien eher nur bescheidene Einkünfte möglich. Deshalb würde und aus finanzieller Sicht müsste sie heute bei Gesundheit auch nach der Geburt ihres Sohnes weiterhin im Ausmass von 100 % ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen. Die Abklärungsperson legte dementsprechend die Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 100 % Erwerbstätige fest (S. 3 f. Ziff.

## **E. 2.5**

f.). 5.4

Mit Bericht vom 4. Juli 2015 (Urk. 9/73) führte Dr. Y.\_\_\_\_ aus, sie habe die Beschwerdeführerin wegen der Praxisaufgabe altershalber per Dezember 2014 (Urk. 9/76) am 17. Dezember 2014 zum letzten Mal gesehen. Damals sei ihr Zustand im Vergleich zum 13. Mai 2014 unverändert gewesen. 5.5

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, führte mit Bericht vom 9. Oktober 2015 (Urk. 9/80) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit Januar 2015 (Ziff. 1.2). Vor der Geburt des ersten Kindes (September 2014) habe die Beschwerdeführerin bereits an einer depressiven Störung gelitten. Diese sei aufgrund von Paarkonflikten anhaltend und sich situativ verschlechternd. Aufgrund der lang anhaltenden, komplexen depressiven Störung und der bisher wenig erfolgreichen Behandlungsversuche bestehe mittelfristig eher eine schlechte Prognose (Ziff. 1.4). Gegenwärtig erfolge eine wöchentliche, stützende, ressourcen- und verhaltensorientierte Psychotherapie bei lic. phil. B.\_\_\_\_ (delegierte Psychotherapie; Ziff. 1.5). Müdigkeit, Erschöpfung und Konzentrationsstörungen würden das Ausüben einer regelmässigen Tätigkeit als Musikerin erschweren (Ziff. 1.7). 5.6

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt

für Allgemeinere Innere Medizin, führte mit Bericht vom 22. Oktober 2015 (Urk. 9/81/5-7) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit Juni 2015 und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - mittelgradige Depression ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) - Status nach Medikamentenintoxikation vom 4. November 2008 - prämenstruelles Syndrom - arterielle Hypertonie

Die Beschwerdeführerin arbeite als freischaffende Musikerin und sei nicht in der Lage, regelmässig zu arbeiten. Eine angepasste Tätigkeit sei aktuell nicht möglich (Ziff. 2.1). 5.7

Die Fachpersonen der Mutter-Kind-Station des Spitals E.\_\_\_\_ berichteten am 12. Februar 2016 über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 10. Dezember 2015 bis 29. Februar 2016 (Urk. 9/93/6-9) und nannten als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1; S. 1).

Die Beschwerdeführerin sei mit ihrem sechs Monate alten Sohn eingetreten. Sie kenne ihren Partner und Vater ihres Sohnes seit 20 Monaten. Sie sei schon seit zirka zehn Jahren immer wieder depressiv. Sie habe auch immer wieder Thera-pien gehabt und verschiedene Medikamente ausprobiert. Zurzeit nehme sie nur pflanzliche Mittel, da ihr Partner den Eindruck habe, schulmedizinische Medi-zin wirke nicht. Sie und ihr Partner seien beide freiberuflich als Musiker tätig und spielten Kontrabass. Sie könnten sich entsprechend ihre Arbeitszeit selbständig einteilen und auch die Mutter väterlicherseits sei eine gute Unterstützung. Die Eltern und drei Schwestern ihrer Mutter lebten in Japan und sie vermisse sie sehr (S. 1 unten).

Mit ihrem Sohn habe die Beschwerdeführerin eigentlich eine gute Beziehung. Aber aufgrund ihrer verstärkt depressiven Stimmung sei sie rasch überfordert. Hinzu würden teilweise sogar handgreifliche Konflikte mit ihrem Partner wegen dessen 11-jähriger Tochter aus einer früheren Partnerschaft kommen. In Japan würden die Kinder aus früheren Beziehungen auf Vaterseite nicht in die neue Familie integriert. Entsprechend schwierig sei es für sie, dass seine Tochter an ihrem Familienleben teilnehme, obwohl sie das Kind eigentlich möge. Inzwi-schen hätten sie vereinbart, dass er seine Tochter jeweils bei seinen Eltern sehe. Aber er wolle sich nicht damit abfinden. Sie brauche Zeit für eine mögliche andere Lösung, die er ihr jedoch nicht lasse (S. 1 unten).

In den psychotherapeutischen Einzelsitzungen, die zweimal wöchentlich statt gefunden hätten, habe die Beschwerdeführerin eher verlangsamt, teilweise schwingungsarm, niedergedrückt und wenig initiativ gewirkt. Im Laufe des Auf-enthaltes habe sich stellenweise ihre Stimmung etwas aufgelockert. Hintergrund für die Verbesserung des psychischen Befindens habe unter anderem die Entlastung von Alltagsaufgaben auf der Mutter-Kind-Station gewesen sein können (Kochen, Putzen, Kinderbetreuung) sowie etwas Abstand zu ihrem doch offen bar teilweise recht dominanten Partner. Jedoch lasse sich nicht vorhersagen, inwieweit dieser verbesserte Zustand anhalte oder ob er sich durch die Anforderungen im häuslichen Umfeld wieder verschlechtere (S. 3 oben). 5.8

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 25. April 2016 ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 9/89/1-12) und nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 5.1): - Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten bei psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.25), im Rahmen einer Paarproblematik mit dem Lebenspartner (ICD-10 F63.0)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit emotional instabilen Anteilen (ICD-10 Z73.1), Differentialdiagnose (DD) Persönlichkeitsstörung (Ziff. 5.2).

Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe bei der Versicherten zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die Versi-cherte sei ausgebildete Konzert-Kontrabassistin und lebe seit Jahren in der Schweiz. Aus der Vorgeschichte seien diverse Episoden bekannt, in denen es im Rahmen von Beziehungsproblemen zu depressiv-suizidalen Entgleisungen gekommen sei, was mehrmals zu stationären psychiatrischen Behandlungen geführt habe. Trotzdem sei es der Versicherten immer wieder gelungen, in ihrer angestammten Tätigkeit zu arbeiten. 2014 sei sie Mutter eines Sohnes geworden, den sie seither mit Unterstützung ihres Lebenspartners betreue. Ob bei der Versicherten langfristig ein psychiatrischer Gesundheitsschaden mit gleichbleibender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe, sei schwierig zu

beurteilen. Die suizidalen Episoden in der Vergangenheit mit anschliessenden stationären Behandlungen hätten meistens im Kontext von Paarproblemen und Alkohol- oder Drogenkonsum stattgefunden. Eine durchgehende, intensive ambulante psychiatrische Behandlung sei nur lückenhaft dokumentiert. Versuche mit Psychopharmaka hätten keine deutliche Besserung des Beschwerdebildes gebracht. Seit dem 1. Februar 2010 sei der Versicherten eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden. Trotzdem sei sie in der Lage gewesen, im Verlauf weiter als Konzert-Kontrabassistin zu arbeiten, in wechselhaftem Pensum. Es bleibe unklar, inwiefern die Schwierigkeit, als Berufsmusikerin ein ausreichendes Einkommen zu erzielen, bei der Reduktion des Arbeitspensums eine Rolle gespielt habe (krankheitsfremder Faktor; S. 10 Ziff. 6).

Aktuell befinde sich die Versicherte im Rahmen einer Krise, ausgelöst durch Beziehungsprobleme, noch in stationärer psychiatrischer Behandlung auf der psychiatrischen Abteilung des Spitals E.\_\_\_\_. Eine regelmässige fachärztlich-psychiatrische ambulante Behandlung finde seit der Pensionierung der bisherigen Therapeutin offenbar nicht mehr statt, diese wäre aber auch aus versicherungsmedizinischer Sicht dringend indiziert. Es sei der Versicherten empfohlen worden, sich nach der Entlassung aus der Klinik in ambulante fachärztliche Behandlung zu begeben. Zurzeit bestehe bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt. Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung müsste ihm Rahmen beruflicher Massnahmen abgeklärt werden, inwiefern sich die Erwerbstätigkeit der Versicherten weiter steigern liesse. Aufgrund ihrer Vorgeschichte sei davon auszugehen, dass sie an einer chronischen psychischen Vulnerabilität für psychosoziale Belastungen leide. Gegen das Vorliegen einer klassischen Persönlichkeitsstörung spreche aber, dass sie offenbar vor ihrer Ankunft in der Schweiz 1995 im Heimatland keinerlei psychische Probleme gehabt habe. Früher schein sie auch in der Lage gewesen zu sein, trotz ihrer psychischen Beschwerden eine rentenausschliessende Erwerbstätigkeit aufrechtzuerhalten. Allenfalls habe sie seit der Geburt ihres Sohnes eine zunehmende Überforderung eingestellt, mit konsekutiver Unfähigkeit, mehr als eine bestimmte Anzahl Konzerte pro Monat zu geben. Allerdings sei die Versicherte offenbar in der Lage, trotz ihrer Beschwerden und der (krankheitsfremden) Belastung durch die Betreuung des Sohnes zirka vier Konzerte pro Monat zu geben. Es sei letztlich unklar, ob ihr geringes Einkommen durch eine psychische Erkrankung verursacht werde, oder ob es vor allem mit invalidenversicherungsfremden Gründen zu tun habe. Diese Fragen würden nach der Entlassung aus stationärer Behandlung im Rahmen beruflicher Massnahmen der Invalidenversicherung zu klären sein. Auch müsste abgeklärt werden, inwiefern sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten zum Beispiel durch eine adäquate antidepressive Medikation verbessern liesse. Sollte die Arbeitsunfähigkeit weiterbestehen, müsste auch abgeklärt werden, ob allenfalls ein erneutes Suchtgeschehen dabei eine Rolle spiele, wie es offenbar in der Vorgeschichte bereits der Fall gewesen sei. Gemäss Angaben der Versicherten habe sie aber seit der Geburt ihres Sohnes keine Suchtprobleme mehr. Zusammenfassend sei auch deshalb davon auszugehen, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten seit 2014 eher gebessert habe (S. 11).

Aufgrund der Vorgeschichte stelle sich die Frage, ob die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten auf einen chronischen psychischen Gesundheitsschaden zurückzuführen sei oder eher auf krankheitsfremde psychosoziale Faktoren (schwieriges berufliches Umfeld, Suchtgeschehen, Migrationshintergrund, Paarprobleme). Seit der Rentenzusprache 2010 h

abe sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten eher gebessert, so ha be sie seit der Geburt ihres Sohnes 2014 gemäss eigenen Angaben weder Drogen noch Alkohol konsumiert. Die aktuelle psychische Krise sei durch Paarprob l eme mit dem Lebenspartner ausgelöst worden . Die Versicherte sei in den letzten Jahren in reduziertem Pensum im angestammten Beruf tätig. Ob sich die A rbeitsfähigkeit der Versicherten auf dem ersten Arbeitsmarkt steigern lasse , sei schwierig zu beurteilen. Berufliche Massnahmen seien nach Abschluss der aktuellen stationären Behandlung indi ziert, um die A rbeitsfähigkeit weiter abzuklären und zu verbessern. Eine regel mässige fachärztlich-psychiatrische ambulante Behandlung sei dringend indi ziert, um diesen Prozess zu begleiten und die A rbeitsfähigkeit zu optimieren (S. 12 Ziff. 1) .

Seit der Rentenzusprache 2010 ha be sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten eher gebessert, so ha be sie seit der Geburt ihres Sohnes 2014 gemäss eigenen Angaben weder Drogen noch Alkohol konsumiert (S. 12 Ziff. 2) . 5.9

Med. pract.

F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 27. Juni 2016 (Urk. 9/93/1-5 ) aus, die Beschwerdeführerin erst seit dem 31. März 2016 zu behandeln (Ziff. 1.3) und nannte als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte E pisode ohne somati sches Syndrom (ICD-10 F33; Ziff. 1.2). Da die Beschwerdeführerin längere Zeit keiner regelmässigen Tätigkeit mehr nachgegangen sei, könne die Frage zur Arbeitsfähigkeit nur unsicher beantwortet werden. Jedoch habe sie in unregel mässigen Abständen (durchschnittlich etwa zwei bis vier Mal monatlich) Konzerte gespielt, habe entsprechend dafür üben können, regelmässig an den Proben teilnehmen können und gemäss eigenen Angaben auch mit hinreichender Konzentrationsfähigkeit die notwendige Leistung in den Konzerten erbring en können. Somit sollte davon ausgegangen werden, dass eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von zirka drei bis vier Stunden an maximal vier Tagen pro Woche erfolgen könne (Ziff. 2.1). 5.10

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und praktische Ärztin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 30. Juni 2016 (Urk. 9/102/8) aus, die Arbeits fähigkeit der Versicherten habe sich gegenüber dem 11. Februar 2011 dahingehend verbessert, dass nun eine Arbeitsunfähigkeit von 60-70 % in der angestammten Tätigkeit, die als ideal angepasst zu bezeichnen sei, bestehe. Diese Angabe würde seit 27. Juni 2016 gelten. 5.11

Nach Verfügungserlass führte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psy chiatrie und Psychotherapie , mit Bericht vom 27. Februar 2017 (Urk. 3 = Urk. 6) aus, die Beschwerdeführerin in Kenntnis der umfangreichen Akten der Beschwer degegnerin zwei Mal untersucht zu haben. Die Beschwerdeführerin sei momen tan wieder schwanger und das Kind solle im Mai geboren werden. Die Be schwerdeführerin habe berichtet, bis zu einer Reise nach Japan Ende des vergangenen Jahres im Haushalt Unterstützung durch die Spitex gehabt zu haben, da sie sich den Anforderungen trotz Unterstützung des Partners nicht genügend gewachsen gefühlt habe. Sie sei in ihren Gesprächen herabgestimmt, wenig schwingungsfähig, freudlos, gedanklich wenig beweglich. Sie habe eine aus geprägte Energielosigkeit beschrieben, könne im Alltag nicht üben, obwohl ihr Partner dies regelmässig zu tun scheine, an eine Konzerttätigkeit sei momentan nicht zu denken, sodass man bei ihr doch vom weiteren Vorliegen eines mittel gradigen depressiven Syndroms ausgehen müsse, durch das sowohl ihre häus liche Belastbarkeit als auch - und dies

besonders - ihre berufliche Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt sei.

Wenn er heute die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Vorgeschichte einschätze, so könne er sich der Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_ problemlos anschließen. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 6.1**

Voraussetzung für eine Rentenrevision ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes und damit eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen (vgl. vorstehend E.

1. 3 ). Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hat, beurteilt sich durch einen Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 10. Juni 2010 ( Urk. 9/39) mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2).

Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. Y.\_\_\_\_, die eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.11), was einer gegenwärtig mittelgradigen Episode entspricht, und einen Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung diagnostizierte und daraus eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ableitete (vgl. vorstehend E. 3.2).

### **E. 6.2**

Zur Beurteilung der revisionsrechtlich relevanten Frage, ob eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist oder lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes (vgl. vorstehend E. 1.3), kann auf das psychiatrische Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.8) abgestellt werden. Er berücksichtigte sämtliche Akten, führte eigene Untersuchungen durch und begründete seine Beurteilung in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise, so dass seine Expertise den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.5 ) genügt.

Der psychiatrische Gutachter nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten bei psychosozialer Belastung, im Rahmen einer Paarproblematik mit dem Lebenspartner. Er kam zum Schluss, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit 2010 eher gebessert habe (vorstehend E. 5.8). Auch aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters med. pract. F.\_\_\_\_

geht eine Verbesserung hervor, diagnostizierte er doch nur noch eine leichte depressive Episode (vorstehend E. 5.9). Dr. D.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Begutachtung keine Arbeitsfähigkeit mehr bestand. Der aktuell behandelnde Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ schloss sich der Beurteilung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin an (vorstehend E. 5.11) und auch die ehemals behandelnde Psychiaterin attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 5.2). Med. pract. F.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit in einem Pensum von zirka drei bis vier Stunden an maximal vier Tagen pro Woche arbeitsfähig sei (vorstehend E. 5.9).

Soweit die behandelnden psychiatrischen Fachpersonen andere Diagnosen als der psychiatrische Gutachter Dr. D. \_\_\_ nannten (vorstehend E. 5.2, E. 5.7, E. 5.9, E. 5.11), gilt es zu beachten, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend sind, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294, Urteil des Bundesgerichts 9C\_526/2014 vom 3. Dezember 2014 E. 5.1).

### **E. 6.3**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; 143 V 409 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin der der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisl belastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

#### **E. 6.4**

Das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ wurde im April 2016 und demnach vor der Rechtsprechungsänderung des Bundesgerichts mit BGE 143 V 409 und 418 erstattet. Damit verliert es seinen Beweiswert indes nicht per se. Zu prüfen ist vielmehr, ob das erwähnte Gutachten

- gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht (vgl. vorstehend E. 6.3, BGE 141 V 281 E. 8).

#### **E. 6.5**

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist zunächst hinsichtlich des Gesichtspunkts der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter beim Psychostatus bis auf eine verhaltene Mimik und Gestik und den Umstand, dass die Beschwerdeführerin im Affekt herabgestimmt, wenig schwingungsfähig und kaum spürbar gewirkt hat, keine Auffälligkeiten festgestellt hat (Urk. 9/89/9). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ denn auch einzig eine Anpassungsstörung. Damit fällt eine schwere Ausprägung des psychischen Leidens ausser Betracht .

Die das Beschwerdebild mitprägenden psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen, sind als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuschneiden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2015 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298).

Gestützt auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ von April 2016 (vorstehend E. 5.8) und insbesondere auch auf den Austrittsbericht der Mutter-Kind-Station von Februar 2016 (vorstehend E. 5.7) liegen wesentliche psychosoziale Belastungsfaktoren vor. So wies Dr. D.\_\_\_\_ darauf hin, dass aus der Vorgeschichte diverse Episoden bekannt

seien, in denen es im Rahmen von Beziehungsproblemen zu depressiv-suizidalen Entgleisungen gekommen sei, was mehrmals zu stationären psychiatrischen Behandlungen geführt habe. Die suizidalen Episoden in der Vergangenheit mit anschliessenden stationären Behandlungen hätten meistens im Kontext von Paarproblemen und Alkohol- oder Drogenkonsum stattgefunden. Die Beschwerdeführerin befand sich denn auch zum Gutachtenszeitpunkt im Rahmen einer durch Beziehungsprobleme ausgelösten Krise noch in stationärer psychiatrischer Behandlung auf der psychiatrischen Abteilung des Spitals E.\_\_\_\_. Aus dem Austrittsbericht der Mutter-Kind Station geht hervor, dass die Beschwerdeführerin angegeben hat, es würde teilweise zu handgreiflichen Konflikten mit

ihrem Partner wegen dessen 11-jähriger Tochter aus einer früheren Partnerschaft kommen. Die dortigen Fachpersonen führten den während ihres Aufenthaltes eingetretenen verbesserten Zustand unter anderem auf den Abstand zu ihrem doch offenbar teilweise recht dominanten Partner zurück. Des Weiteren hat die Beschwerdeführerin Mühe, als Berufsmusikerin ein ausreichendes Einkommen zu erzielen. Dabei äusserte Dr. D.\_\_\_\_ die Vermutung, dass sich allenfalls seit der Geburt ihres Sohnes eine zunehmende Überforderung eingestellt habe, mit konsekutiver Unfähigkeit, mehr als eine bestimmte Anzahl Konzerte pro Monat zu geben. Insgesamt können die funktionellen Einschränkungen damit auf die ausgeprägten psychosozialen Faktoren wie Paarprobleme, schwieriges berufliches Umfeld, Suchtgeschehen zurückgeführt werden.

Zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz ist zu erwähnen, dass zwischen 2007 und 2010 drei stationäre Behandlungen erfolgten (vorstehend E. 3.2, E. 4.2). Danach wurde eine solche wieder 2015/2016 durchgeführt (vorstehend E. 5.7). Nachdem Dr. Y.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin langjährig psychiatrisch behandelt hat, ihre Praxis altershalber aufgegeben hatte (vgl. Urk. 9/73, Urk. 9/76), nahm die Beschwerdeführerin - soweit ersichtlich - keine regelmässige psychiatrische Behandlung mehr wahr. 2015 wurde zwar ausgeführt, die Beschwerdeführerin nehme eine wöchentliche stützende ressourcen- und verhaltensorientierte Psychotherapie bei lic. phil. B.\_\_\_\_

wahr (vorstehend E. 5.5). Indes gab lic. phil. B.\_\_\_\_ am 11. Mai 2016 an, die Beschwerdeführerin seit zirka einem halben Jahr nicht mehr zu behandeln (vgl. Urk. 9/91). Die Beschwerdeführerin nahm im März 2016 eine Behandlung bei med. pract. F.\_\_\_\_ auf (vorstehend E. 5.9).

In welchem Umfang und über welchen Zeitraum die dortige Behandlung erfolgte, geht aus den Akten soweit ersichtlich nicht hervor.

Von Dr. H.\_\_\_\_ wurde sie zudem bloss zwei Mal untersucht, dass bei ihm eine Behandlung durchgeführt wird, ist nicht ersichtlich (vorstehend E. 5.11).

Eine medikamentöse Therapie wird ebenfalls nicht durchgeführt. So hat die Beschwerdeführerin die Medikation mit Cymbalta eingestellt. Heute nimmt sie nur noch Johanniskraut ein (Urk. 9/89/9). Dr. D.\_\_\_\_ erachtete eine fachärztlich-psychiatrische ambulante Behandlung aus versicherungsmedizinischer Sicht dringend indiziert (vorstehend E. 5.8). Ob sich der Gesundheitszustand durch eine adäquate antidepressive Medikation verbessern lässt, erachtete er immerhin als abklärungsbedürftig (vorstehend E. 5.8). Die Therapiemöglichkeiten erscheinen bei dieser Ausgangslage nicht als ausgeschöpft.

## **E. 6.6**

Zu den komplexen Persönlichkeit und sozialer Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ihr Kind gut versorgen kann (Urk. 9/89/8) und sich auch ihr Partner um das Kind kümmert (Urk. 9/89/9). Zudem hat sich die Beziehung der Beschwerdeführerin zu ihrem Lebenspartner langsam verbessert (Urk. 9/89/8 oben). So erwartete die Beschwerdeführerin 2017 denn auch das zweite Kind (vorstehend E. 5.11). Sie und ihr Partner können sich bei ihrer freiberuflichen Tätigkeit als Musiker ihre Arbeitszeit selbständig einteilen und werden durch die Mutter väterlicherseits gut unterstützt (vorstehend E. 5.7). Die Eltern des Lebenspartners wohnen nur fünf Minuten von ihnen entfernt (Urk. 9/101/4). Zudem geht sie regelmässig in ihr Heimatland in die Ferien (Urk. 9/89/7 Mitte), wobei ihr Partner sie zuweilen begleitet (Urk. 9/93/7). Ihre Mutter

kommt sie immer wieder besuchen, zuletzt kurz nach der Geburt des Sohnes für drei Monate (Urk. 9/93/7). Schliesslich ist sie in der Lage, trotz ihrer Beschwerden und der Belastung durch die Betreuung des Sohnes zirka vier Konzerte pro Monat zu geben (vorstehend E. 5.8).

#### **E. 6.7**

Zu prüfen ist sodann die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleich mässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist zu bemerken, dass die aktive Teilnahme an der Betreuung und Erziehung des Kindes, die regelmässigen Reisen nach Japan und die gelegentlichen Konzerttätigkeiten im Widerspruch zur geltend gemachten vollständigen Erwerbsunfähigkeit stehen.

Bezüglich Leidensdruck ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin die Medikation mit Cymbalta eingestellt hat. Heute nimmt sie nur noch Johanniskraut ein (Urk. 9/89/9). Zudem findet seit der Pensionierung der bisherigen Therapeutin keine regelmässige fachärztlich-psychiatrische ambulante Behandlung mehr statt. Eine solche ist indes von versicherungsmedizinischer Sicht dringend indiziert (Urk. 9/89/11). Es bestehen daher Indizien für einen fehlenden Leidensdruck.

#### **E. 6.8**

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass

die diagnoserelevanten Befunde nicht besonders ausgeprägt sind und die funktionellen Einschränkungen massgeblich auf die ausgeprägten psychosozialen Faktoren zurückgeführt werden können. Zudem ist weder eine adäquate medikamentöse noch fachärztlich-psychiatrische Behandlung ausgewiesen und es bestehen einige Inkonsistenzen. Die vom psychiatrischen Gutachter Dr. D.\_\_\_\_

und – mit Ausnahme von med. pract. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.9) - von den behandelnden Psychiatern attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit ist somit aufgrund der Prüfung der Standardindikatoren nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen. Die Folgen dieser Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen (vgl. vorstehend E. 6.3).

Damit ist aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit auszugehen.

#### **E. 6.9**

An diesem Resultat ändert sich auch aufgrund der Berichte von Dr. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe (vorstehend E. 5.5), und desjenigen von Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (vorstehend E. 5.6), nichts, da es sich bei diesen Berichten nicht um fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Berichte handelt.

Auch aus dem Bericht von den Fachpersonen der Mutter-Kind-Station des Spitals E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.7) kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten, geht doch auch aus diesem Bericht eine Verbesserung ihres psychischen Zustandes hervor und wurde eine allfällige Verschlechterung des Zustandes von psychosozialen Belastungsfaktoren abhängig gemacht.

Im Übrigen gilt es zu berücksichtigen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren

haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E.

4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

#### **E. 6.10**

Zusammenfassend ist eine Verbesserung der Gesundheitssituation ausgewiesen. Die Voraussetzungen für eine Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind somit erfüllt. 7.1

Ist ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 010**

vom 25. Januar 2011 E.

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