

# GR\_GERICHTE S 2020 3 vom 15. September 2020

GR Gerichte, 2020-09-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2020\\_3](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2020_3)

FR: GR\_GERICHTE S 2020 3 du 15 septembre 2020

IT: GR\_GERICHTE S 2020 3 del 15 settembre 2020

## Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

In der Folge liess die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ in der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_\_ medizinisch abklären. In ihrem psychiatrischen Gutachten vom 12. Februar 2007 diagnostizierten Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1), eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und ängstlich vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0), eine Migräne mit Aura sowie einen Morbus Meulengracht. Sie erachteten die bisherige Tätigkeit als nicht mehr zumutbar. Dasselbe gelte derzeit für andere Tätigkeiten. Allerdings hätten Depressionen relative gute Prognosen. Nach ausreichender psychischer Stabilisierung, einer Umstellung der antidepressiven Medikation sowie einer Erarbeitung zusätzlicher sozialer Kompetenzen im Rahmen der Psychotherapie sollte es möglich sein, die Patientin schrittweise in den Arbeitsprozess zu reintegrieren. Mittelfristig liege die Leistungsfähigkeit der Patientin bei 50 bis 80 %.

- 3 -

### E. 3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 (materielle Revision) gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung resp. Bestätigung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E.2.3 m.H.). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81; Urteile des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E.4.2, 9C\_59/2019 vom 29. Mai 2019 E.4.3.2, 9C\_561/2018 vom 8. Februar 2019 E.5.3.2.1, 8C\_419/2018 vom 11. Dezember 2018 E.4.3).

### E. 3.2

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und

- 16 - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E.5.4; Urteile des Bundesgerichts 9C\_346/2019 vom 6. September 2019 E.2.1.1, 9C\_23/2019 vom 10. Mai 2019 E.4.2.2; 9C\_800/2016 vom 9. Mai 2017 E.4.2.2). Wird bei dieser Gegenüberstellung festgestellt, dass der Invaliditätsgrad im zur Beurteilung stehenden Zeitraum keine rechtserhebliche Änderung erfahren hat, bleibt es beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.3). Andernfalls ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu bejahen und die zugesprochene Rente entsprechend der festgestellten Sachverhaltsveränderung abzuändern (vgl. MEYER/REICHMUTH, in: Stauffer/Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 30-31 Rz. 13 ff.). Der Rentenanspruch ist dabei in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (siehe BGE 141 V 9 E.2.3, 6.1 und 6.4 sowie BGE 117 V 198 E.4b; Urteile des Bundesgerichts 9C\_11/2019 vom 16. Juli 2019 E.3.3 und 8C\_825/2018 vom 6. März 2019 E.6.7).

### **E. 3.3**

Im hier zu beurteilenden Fall ist somit als Vergleichsbasis auf die ursprüngliche Verfügung vom 31. Mai 2010 abzustellen, mit welcher der Beschwerdeführerin gestützt auf eingehende medizinische Abklärungen ab dem 1. März 2010 eine Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 66 % zugesprochen wurde. Denn anlässlich der nicht als solchen bezeichneten Verfügung vom 16. Juni 2014 fand keine – den vorerwähnten Voraussetzungen entsprechende – materielle Überprüfung des Rentenanspruchs statt.

### **E. 3.4**

Vorliegend wurde die am 31. Mai 2010 für den Zeitraum ab dem 1. März 2010 zugesprochene Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 66 % gestützt auf die (Verlaufs-)Gutachten der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_\_

- 17 - vom 12. Februar 2007 und 9. Juni 2008 sowie der unter Berücksichtigung der Ergebnisse der beruflichen Eingliederung getroffenen RAD-Beurteilung vom 31. März 2010 zugesprochen (vgl. Bg-act. 116 f.). Aus den damals vorliegenden ärztlichen Berichten geht was folgt hervor: In ihrem psychiatrischen Gutachten vom 12. Februar 2007 diagnostizierten Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ u.a. eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) sowie eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und ängstlich vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0), wobei Erstere im Vordergrund stehe und durch Letztere aggraviert werde. Bei der Explorandin seien als typische Symptome der Depression die depressive Stimmung, Antriebs- und Freudlosigkeit, das verminderte Selbstwertgefühl und -vertrauen, Niedergeschlagenheit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie eine ausgeprägte Ermüdbarkeit vorhanden. Zudem zeigten sich bei der Patientin deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer gemischten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und ängstlich-vermeidenden Anteilen. Eine schwere Missbrauchserfahrung in der Kindheit sei als Hintergrund der Entstehung dieser

Persönlichkeitsstörung nicht auszuschliessen. Entsprechendes sei von der Explorandin in der psychologischen Testung angedeutet worden. Hinweis auf eine entwicklungsgeschichtliche Komponente in der Krankheitsentstehung sei auch die frühe Erkrankung der Schwester an einem Chronic-Fatigue-Syndrom und der dadurch bedingten langjährigen Arbeitsunfähigkeit (Bg-act. 23/10 ff.). Bei der Explorandin bestünden aufgrund der depressiven Episode schwere Einschränkungen im Bereich Leistungsfähigkeit, Antrieb und Motivation. Die Patientin habe überdurchschnittlich grosse Schwierigkeiten, sich zu bevorstehenden Aufgaben zu motivieren, komme leicht in Überforderungsgefühle. Das Durchführen von alltäglichen Tätigkeiten erfordere überdurchschnittlich viel Kraft von der Patientin und führe zu einer schnelleren Ermüdbarkeit. Derzeit gelinge es der Patientin nach eigenen Schilderungen gerade noch

- 18 - so, alltägliche Verrichtungen wie Körperpflege und Nahrungszubereitung/-aufnahme durchzuführen sowie in reduziertem Masse ihren Haushalt zu führen (Bg-act. 23/12). Aufgrund dieser Störung sei es der Patientin nicht möglich, ihre bisherige Tätigkeit auszuführen. Auch seien andere Tätigkeiten derzeit nicht zumutbar. Nach einer intensiveren psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung wäre wahrscheinlich eine weitere Besserung der Symptomatik möglich. Nach einer längeren medizinischen und rehabilitativen Phase wäre in ein bis zwei Jahren eine Überprüfung der Situation indiziert. Mittelfristig liege die Leistungsfähigkeit bei 50 bis 80 % (Bg-act. 23/12 f.). In ihrem Verlaufsgutachten vom 9. Juni 2008 diagnostizierten Dres. med. K. \_\_\_\_\_ und L. \_\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1), eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01). Im letzten Jahr habe sich eine leichte Verbesserung gezeigt, v.a. der Aufenthalt in der Klinik E. \_\_\_\_\_ habe zu einer Stabilisierung des psychiatrischen Zustands geführt. Da jedoch seit Krankheitsbeginn keine Phasen mit klarer Remission aufgetreten seien, sondern mindestens leichte depressive Symptome bestanden hätten, liege keine rezidivierende depressive Störung vor. In der jetzigen Untersuchung, insbesondere in der Hamilton-Depressionsskala, weise die Explorandin eine Symptomstärke einer mittelgradigen depressiven Episode auf. Möglicherweise habe die Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen und vermeidenden Zügen sowie die psychosoziale Situation mit fehlender fester Tagesstruktur, wenigen sozialen Kontakten und die finanzielle Situation die Zustandsverschlechterung bewirkt. Im Vorgutachten sei die Diagnose einer gemischten Persönlichkeitsstörung gestellt worden. Aktuell fänden sich jedoch keine Hinweise für paranoide Anteile. Die Explorandin erfülle aber die Diagnosekriterien für eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung klar. Die Diagnose einer Agoraphobie mit

- 19 - Panikstörung werde vollständigshalber in das Verlaufsgutachten aufgenommen. Die Explorandin erfülle jene Kriterien, auch wenn sie aktuell nur noch wenig Beschwerden mache und in der Therapie nicht im Vordergrund stehe. Es träten jedoch immer noch ca. fünfmal im Monat Panikattacken beim Besuch von Kaufhäusern auf. Bus- und Zugfahrten würden weiterhin gemieden und Autobahnfahrten könnten nicht alleine bewältigt werden. Eine Agoraphobie mit Panikstörung könne zu einer Depression führen oder deren Remission erschweren (Bg-act. 38/8 f.). Die Hauptbeschwerden bestünden zurzeit vor allem aus Schwächegefühlen, rascher Erschöpfbarkeit und ausgeprägter Motivationslosigkeit. Überforderungsgefühle und vor allem ausgeprägte Insuffizienzgefühle seien weiterhin vorhanden. Das verminderte Selbstwertgefühl unterstütze noch zusätzlich Überforderungsängste. Das Aufrechterhalten einer Tagesstruktur falle schwer. Die

Stimmung sei mehrheitlich traurig und bedrückt, verstärkt durch wiederholt auftretende, ausgeprägte Existenzängste. Aufgrund der ausgeprägten Tendenz zu Überforderungsgefühlen und ängstlichen Persönlichkeitsanteilen fürchte die Explorandin einen direkten Wiedereinstieg ins Arbeitsleben (Bg-act. 38/9). Aufgrund ihrer Störung sei es der Beschwerdeführerin zurzeit noch nicht möglich, ihre bisherige Tätigkeit oder eine andere Tätigkeit auszuführen. In Übereinstimmung mit den betreuenden Therapeuten und Ärzten werde vorerst eine Arbeit im geschützten Rahmen (Bürotätigkeit wie in der angestammten Tätigkeit) empfohlen, zu Beginn in einem Pensum von 2 x 2 Stunden pro Woche mit Steigerungsmöglichkeiten bei einem stabilen Verlauf auf ein 50%-Pensum. Nach sechs Monaten stabiler Arbeitsleistung würden berufliche Massnahmen oder allenfalls ein direkter Wiedereinstieg in den freien Arbeitsmarkt als KV-Angestellte empfohlen (Bg-act. 38/10 f.). In prognostischer Hinsicht sei durch das Weiterführen der medikamentösen, antidepressiven Behandlung sowie der ambulanten Psychotherapie von einer weiteren Abnahme der Symptomatik

- 20 - auszugehen. Längerfristig könne die Arbeitsfähigkeit wiedererlangt werden bei einem Pensum von 50 bis 80 % (Bg-act. 38/12). Bereits in seiner Beurteilung vom 20. Oktober 2009 hielt RAD-Arzt Dr. med. O.\_\_\_\_\_ gestützt auf die Angaben aus dem Praktikum bei der Gemeindeverwaltung Y.\_\_\_\_\_, den Schlussbericht vom M.\_\_\_\_\_ sowie der Stellungnahme von Frau C.\_\_\_\_\_ fest, zusammenfassend erscheine aus medizinischem Blickwinkel – unter Berücksichtigung dieser Informationen – aktuell und auch in den kommenden Monaten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar (unter adaptierten Arbeitsbedingungen wie ruhiges Arbeitsumfeld, keine unkontrollierbaren Stressspitzen). In Würdigung der medizinischen Stellungnahme von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ sowie den Angaben der Eingliederungsberatung, wonach eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (adaptiert) nur knapp habe erreicht werden können, schloss Dr. med. O.\_\_\_\_\_ am 31. März 2010 schliesslich auf ein zumutbares Pensum von 4 Tagen à 4.5 Stunden (Case Report, Bg-act. 121/7).

### **E. 3.5**

In der angefochtenen Verfügung verneinte die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Revisionsgrundes gestützt auf die Abschlussbeurteilung des RAD-Arztes Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2019. Dieser hielt darin fest, die Beschwerdeführerin sei 2007 und 2008 zweimalig begutachtet worden. Es seien eine Persönlichkeitsstörung und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (recte: mittelgradige depressive Störung), sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung festgehalten worden. Mit medizinischen (2007) und beruflichen (2007/2008) Massnahmen sei das Wiedererlangen eine Teil- Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Die Beschwerdeführerin sei daraufhin mit Eingliederungsmassnahmen unterstützt worden, wobei in der Rentenverfügung im Jahr 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 18 Stunden pro Woche festgehalten werde. Gemäss Austrittsbericht der PDGR vom 21. Dezember 2017 sei aufgrund einer erneuten, schweren depressiven

- 21 - Episode eine stationäre Behandlung nötig gewesen. Diese sei bis zum Austritt remittiert. Gemäss Bericht der PDGR vom 27. März 2019 liege aktuell eine leichte depressive Symptomatik vor. Aus dem Bericht sei, nach vorübergehender Verschlechterung, ein im Vergleich zum Gutachten aus dem Jahr 2008 im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand zu entnehmen (Case Report, Bg-act. 191/11). Die Beschwerdeführerin ist dagegen der Ansicht, dass sich ihr Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert habe und beruft sich dabei auf folgende ärztliche Berichte: ■ Arztbericht von

Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2017 mit den Diagnosen einer schwergradigen depressiven Episode mit psychotischen Symptomen, differenzialdiagnostisch paranoide Schizophrenie, wobei dies als deutlicher Grund für eine gesundheitliche Verschlechterung eingeschätzt wurde (Bg-act. 151). ■ Arztbericht vom 21. Dezember 2017 von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ zu dem vom 23. August 2017 bis 17. November 2017 stattgehabten stationären Klinikaufenthalt mit der Hauptdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), Differenzialdiagnose einer akuten vorübergehenden psychotischen Störung (ICD-10 F23) und unter anderem den Nebendiagnosen Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10 F42.2) sowie PTBS (ICD-10 F43.1). Aus dem Verlauf geht hervor, dass die Depression während des stationären Aufenthalts durch die angewendeten Therapien sowohl subjektiv wie objektiv deutlich habe verbessert werden können. Die Beschwerdeführerin habe sich auch nach und nach zugetraut, einer geschützten Arbeit nachzugehen, wobei diesbezüglich eine Schnupperwoche bei R.\_\_\_\_\_ für die Zeit nach dem Klinikaustritt habe vereinbart werden können (Bg- act. 159/5 f.).

- 22 - ■ Im Verlaufsbericht vom 21. Dezember 2017 führte Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ bei den bekannten Diagnosen aus, bei der Beschwerdeführerin komme es schon bei geringen Anforderungen, vor allem im zwischenmenschlichen Bereich oder in Bezug auf neue Situationen, zu starken Anspannungs- und emotionalen Unruhezuständen, welche bis hin zu dissoziativem oder psychotischem Erleben führen könnten. Es bestünden eine deutliche Herabsetzung der psychischen Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit sowie ein verlangsamtes Arbeitstempo. Zum Zeitpunkt des Klinikaustritts sei anzudenken gewesen, dass sie in einem geschützten Rahmen maximal 50 % arbeitstätig sein könne. Laut Rückmeldung der ambulanten Behandlerin Dr. med. U.\_\_\_\_\_ sei die Patientin bereits mit einem Arbeitspensum von 50 % an ihre Grenzen gestossen. Sie sei sehr müde und schnell erschöpfbar, was zu einem erhöhten Schlafbedürfnis und zu sozialem Rückzug führe (Bg-act. 160/3). Mit Blick auf berufliche Massnahmen hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ fest, ein wohlwollendes Arbeitsumfeld mit eng umschriebenen Aufgaben ohne Druck könnte der Beschwerdeführerin helfen, ihre eigenen vielfältigen Ressourcen wieder vermehrt zu nutzen und auszubauen. In welchem zeitlichen Rahmen sie arbeitsfähig sei, gelte es zu überprüfen. Aus aktueller Sicht sei ein 50%-Pensum im geschützten Rahmen als Maximum zu sehen. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe nicht (Bg-act. 160/3). ■ Im Verlaufsbericht vom 27. März 2019 diagnostizierte Dr. med. S.\_\_\_\_\_ von der Klinik F.\_\_\_\_\_ unter anderem eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), Zwangsgedanken und Handlungen gemischt (ICD-10 F42.2) sowie eine PTBS (ICD-10 F43.1). Die Beschwerdeführerin imponiere unter kleinsten Belastungssituationen psychisch instabil, was dissoziative Erleben in Form von Derealisation und Depersonalisation sowie

- 23 - dissoziativen Stupor und Panikattacken auslöse und die Zwangsgedanken und -handlungen sowie depressive Symptome verstärke. In solchen Situationen könnten ebenfalls psychotische Symptome vorhanden sein in Form von Verfolgungs- und Kontrollwahn. Die Medikation müsse deshalb regelmässig angepasst und optimiert werden. Die Beschwerdeführerin arbeite bei R.\_\_\_\_\_ in einem 50%- Pensum und komme dabei massiv an ihre Grenzen. Sie sei schon bei geringsten Anforderungen stark überfordert, angespannt und unruhig, was bis zu dissoziativen und/oder psychotischen Symptomen

führen könne. Es bestehe ein um 100 % verminderte Leistungsfähigkeit (Bg-act. 166). ■ Stellungnahme vom 6. August 2019 von Dr. med. S.\_\_\_\_\_ zu den Fragen von Rechtsanwalt Thöny, in welcher dieser als Hauptdiagnose wiederum eine ängstliche vermeidende Persönlichkeitsstörung sowie depressive Symptome (aktuell leicht bis mittelgradig) in Kombination mit traumatisierenden Erlebnissen aus der Vergangenheit auswies. Diese führten vor allem vermehrt bei unbekanntem Situationen zu einer starken Anspannung und Unruhe mit Panikattacken, bis hin zu Derealisation und Depersonalisationserleben. Unter Stresssituationen seien auch vermehrte Zwänge vorhanden. Die Patientin stosse mit einem 50%-Pensum im geschützten Rahmen an ihre Grenzen. Sie sei in ihrer Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Psychomotorisch sowie im formalen Denken sei sie verlangsamt. Sie sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar (Bg-act. 177). ■ Mit undatiertem Schreiben bestätigte Dr. med. T.\_\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen nicht fahrtüchtig sei (Bg-act. 183).

### **E. 3.6**

Aus dem Vergleich der im Verfügungszeitpunkt am 3. Dezember 2019 gegebenen medizinischen Situation und derjenigen, wie sie sich anlässlich der Verfügung vom 31. Mai 2010 bot, geht für den hier massgebenden

- 24 - Zeitraum ab Oktober 2017 – bis auf die vorübergehende Verschlechterung während des Klinikaufenthalts mit einer schwergradigen depressiven Symptomatik – ein mit Blick auf die Befundlage im Wesentlichen stationärer Gesundheitszustand hervor. Bereits damals diagnostizierten die Gutachter in ihren (Verlaufs-)Gutachten vom 12. Februar 2007 und 9. Juni 2008 eine mittelgradige depressive Störung, eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung. Auch im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens wurden von den Dres. med. Q.\_\_\_\_\_ und S.\_\_\_\_\_ hauptsächlich eine rezidivierende depressive Störung mit leichten bis schwergradigen Episoden (mit psychotischen Symptomen) sowie eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung ausgewiesen. Dazu führten sie im Wesentlichen aus, bei der Beschwerdeführerin komme es schon bei geringen Anforderungen, vor allem im zwischenmenschlichen Bereich oder bei unbekanntem Situationen, zu starken Anspannungs- und emotionalen Unruhezuständen, welche zu dissoziativem Erleben, Panikattacken, psychotischen Symptomen sowie Zwangsgedanken und -handlungen führen könnten; die Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit seien deutlich eingeschränkt (vgl. Verlaufsbericht von Dr. med. S.\_\_\_\_\_ vom 27. März 2019 [Bg-act. 166] und vom 6. August 2019 [Bg-act. 177] sowie Verlaufsbericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2017 [Bg-act. 160]). Diese Befundlage lässt sich im Rahmen einer ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung einordnen (vgl. Beschreibung zu ICD-10 F60.6 in DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, 2014, S. 282), deren Diagnosekriterien bereits im Gutachten vom 12. Februar 2007, spätestens aber im Verlaufsgutachten vom 9. Juni 2008 klar als erfüllt erachtet worden waren. Auch die Gutachter wiesen unter anderem darauf hin, dass die Beschwerdeführerin überdurchschnittlich grosse Schwierigkeiten hatte, sich auf bevorstehende Aufgaben einzulassen und Überforderungsgefühle sowie ausgeprägte

- 25 - Insuffizienzgefühle aufwies bzw. schwere Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit bestanden. Insoweit bestehen hinsichtlich der Befundlage damals wie heute keine merklichen Unterschiede, welche den Invaliditätsgrad zu beeinflussen vermöchten.

Dasselbe gilt hinsichtlich der in aktuellen Berichten ausgewiesenen PTBS sowie die Zwangsgedanken und -handlungen (vgl. Arztberichte von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2017 [Bg-act. 159 und 160] sowie Verlaufsbericht von Dr. med. S.\_\_\_\_\_ vom 27. März 2019 [Bg-act. 166]). Abgesehen davon, dass diese Symptomatiken nicht im Vordergrund zu stehen scheinen und die schweren Missbrauchserfahrungen in der Kindheit bereits im Gutachten vom 12. Februar 2007 aufgegriffen und im Rahmen der Persönlichkeitsstörung gewürdigt worden waren (vgl. Bg-act. 23/10 ff.), ist die genaue diagnostische Einordnung im revisionsrechtlichen Kontext bei psychischen Erkrankungen ohnehin nicht ausschlaggebend (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_345/2019 vom 25. September 2019 E.4.2.1 m.H.). Zwar trifft es zu, dass Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ in ihren Arztberichten vom 21. Dezember 2017 (Bg-act. 159 und 160) jeweils namentlich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), differenzialdiagnostisch eine akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10 F23) auswies. Diese kann sich indes nur auf die Anfangszeit des Klinikaufenthalts bezogen haben. Denn im Psychostatus bei Klinikaustritt wird unter anderem festgehalten, die depressive Symptomatik habe sich deutlich verbessert. Die Patientin sei bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Die Konzentration, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis seien grobkursorisch weitgehend intakt. Es bestünden keine formalen Denkstörungen, sondern höchstens eine leichtgradige Verlangsamung. In der Grundstimmung sei die Patientin deutlich aufgehellter, ausgeglichen und stabil. Es bestehe keine Antriebsstörung. Die Ängste hätten sich deutlich verbessert. Aktuell bestehe kein Vermeidungsverhalten und auch der Schlaf sei im

- 26 - Allgemeinen deutlich besser. Die Patientin habe wieder Hoffnung und neue Perspektiven. Insgesamt sei sie deutlich lockerer und entspannter, auch in der Gestik und im mimischen Verhalten (Bg-act. 159/4 und 160/2). Zudem wiesen auch das Beck-Depressions-Inventar sowie das Brief Symptom Inventory bei Klinikaustritt Werte aus, die auf keine depressive Symptomatik hinwiesen bzw. unauffällig waren. Dazu wurde festgehalten, die depressive Symptomatik habe sich während des stationären Aufenthalts von schwergradig bei Eintritt zu klinisch unauffällig bei Austritt verbessert (vgl. Bg-act. 159/4 f.). Überdies wurde zum Verlauf ausgeführt, im stationären Setting sei aufgrund der Komplexität der Belastungen und Beschwerden der Patientin der Behandlungsschwerpunkt auf die Depressionsbehandlung gelegt worden, welche sich auch deutlich verbessert habe, sowohl subjektiv wie objektiv (Bg-act. 159/5). Mit dem Nachlassen der schweren depressiven Episode ist im Übrigen davon auszugehen, dass auch die in diesem Zusammenhang festgestellten psychotischen Symptome, die ohnehin nur vorübergehend bestanden hatten, in den Hintergrund traten. Daher ist es entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin einleuchtend, wenn RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_\_ in seiner Abschlussbeurteilung vom 6. Mai 2019 erwog, die depressive Symptomatik sei bis zum Klinikaustritt remittiert (Bg-act. 191/11). Wenn nun Dr. med. S.\_\_\_\_\_ in der Folge wiederum eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (vgl. Verlaufsbericht vom 27. März 2019 [Bg-act. 166]) bzw. depressive Symptome (aktuell leicht bis mittelgradig) (vgl. Arztbericht vom 6. August 2019 [Bg-act. 177]) auswies, kann seine Diagnoseherleitung mangels Befunderhebung bzw. Angaben zum Psychostatus nicht nachvollzogen werden. Abgesehen davon wurde auch in den (Verlaufs-)Gutachten vom 12. Februar 2007 und 9. Juni 2008 eine mittelgradige depressive Episode festgestellt (Bg-act. 23/10 und 38/8), weshalb sich diesbezüglich im Zeitpunkt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung gar ein verbessertes Beschwerdebild zeigt.

- 27 - Trotz der in den (Verlaufs-)Gutachten vom 12. Februar 2007 und 9. Juni 2008 (Bg-act. 23 und 38) diagnostizierten psychischen Leiden konnte durch eine Intensivierung der psychotherapeutischen, psychiatrischen und medikamentösen Behandlung gestützt auf die Prognose im Gutachten vom 12. Februar 2007 und die Unterstützung der Beschwerdeführerin mittels beruflichen Eingliederungsmassnahmen in Nachachtung des Verlaufsgutachtens vom 9. Juni 2008 schliesslich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der freien Wirtschaft im Rahmen eines Praktikums als Büroangestellte bei der Gemeindeverwaltung Y.\_\_\_\_\_ erreicht werden. Diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung wurde letztlich zugunsten der Beschwerdeführerin gestützt auf die Beurteilung von RAD-Arzt Dr. med. O.\_\_\_\_\_ in der Verfügung vom 31. Mai 2010 (Bg-act. 116) auf ein zumutbares Pensum von 18 Stunden pro Woche (4 Tage à 4.5 Stunden), d.h. einer Arbeitsfähigkeit von 43 %, gesenkt. Wenn nun die Dres. med. Q.\_\_\_\_\_ und V.\_\_\_\_\_ in ihren Beurteilungen ausführen, die Beschwerdeführerin stosse bei einem 50%-Pensum im geschützten Rahmen bei R.\_\_\_\_\_ (massiv) an ihre Grenzen bzw. sie sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar, ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass diese Einschätzungen angesichts der – wie oben dargelegt – weitgehend unveränderten Befundlage eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts darstellt, was rechtsprechungsgemäss revisionsrechtlich jedoch unbeachtlich ist. Soweit die Beschwerdeführerin RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_\_ in der Replik vorzuwerfen scheint, die intensiven jahrelangen Eingliederungsbemühungen nicht gewürdigt zu haben, ist ihr entgegen zu halten, dass bei der Annahme eines im Vergleich zu damals unveränderten Gesundheitszustands auf die seinerzeit angenommene Arbeitsfähigkeit von 43 % abgestellt wird, in welche die Ergebnisse aus der beruflichen Eingliederung sehr wohl eingeflossen sind (vgl. RAD-Beurteilungen vom

- 28 -

### **E. 3.7**

Unter Berücksichtigung der Beweiswürdigungsgrundsätze für medizinische Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351 E.3) ist angesichts der dargelegten, sich per Dezember 2019 darstellenden medizinischen Situation im Vergleich zu derjenigen, welche der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahre 2010 zugrunde lag, in Gesamtwürdigung der Sachlage keine anspruchsrelevante Veränderung des gesundheitlichen Zustandes bzw. dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Insgesamt vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin und die von ihr beigebrachten medizinischen Stellungnahmen keine auch nur geringen Zweifel an der RAD- Abschlussbeurteilung vom 6. Mai 2019 (Bg-act. 191/11) zu wecken. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin abgesehen von der vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustands während des stationären Klinikaufenthalts aufgrund einer schwergradigen

- 29 - depressiven Symptomatik auf die vorbestehende 43%ige Arbeitsfähigkeit abstellte bzw. diesbezüglich einen Revisionsgrund verneinte. Damit besteht – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festgehalten hat – weiterhin ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 66 % (= Valideneinkommen aufindexiert bis 2019 von Fr. 90'140.17 - Invalideneinkommen auf Basis des effektiven Einkommens bei einem 43%- Pensum und aufindexiert bis 2019 von Fr. 30'634.61 = Erwerbseinbusse von Fr. 59'505.56 = 66 % des Valideneinkommens von Fr. 90'140.17). 4. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden

kann. Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf Fr. 700.-- fest. Diese sind gemäss Art. 73 Abs. 1 VRG von der unterliegenden Beschwerdeführerin zu tragen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (vgl. Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

#### **E. 4**

Mit Mahnschreiben vom 8. März 2007 forderte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ unter Hinweis auf ihre Schadenminderungspflicht dazu auf, eine ambulante oder stationäre Behandlung bei einem Psychiater oder einer Psychiaterin durchzuführen. Daraufhin meldete sie sich bei Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, an. In dessen Bericht vom 30. August 2007 berichtete er von einem stationären Gesundheitszustand und sah die Durchführung medizinischer und beruflicher Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit als angezeigt.

#### **E. 5**

Zwischen dem 20. September 2007 und 10. Oktober 2007 befand sich A.\_\_\_\_\_ erneut zur Behandlung in der Klinik E.\_\_\_\_\_, anlässlich welcher eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, diagnostiziert wurde.

#### **E. 6**

Im März 2008 holte die IV-Stelle bei der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_\_ ein Verlaufsgutachten ein, das am 9. Juni 2008 von den Dres. med. K.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_ erstattet wurde. Sie stellten eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1), eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) fest. Aufgrund ihrer Störung sei es A.\_\_\_\_\_ noch nicht möglich, ihre bisherige Tätigkeit oder eine andere Tätigkeit auszuführen. In Übereinstimmung mit den betreuenden Therapeuten und Ärzten werde vorerst eine Arbeit im geschützten Rahmen (Bürotätigkeit wie in der angestammten Tätigkeit) empfohlen, zu Beginn in einem Pensum von 2 x 2 Stunden pro Woche mit Steigerungsmöglichkeiten bei einem stabilen Verlauf auf ein 50%-Pensum. Nach sechs Monaten stabiler Arbeitsleistung würden berufliche Massnahmen oder allenfalls ein direkter Wiedereinstieg in den freien Arbeitsmarkt als KV-Angestellte empfohlen.

#### **E. 7**

In der Folge sprach die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ Integrationsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings beim M.\_\_\_\_\_ Bürozentrum vom 8.

- 4 - September 2008 bis 5. Dezember 2008 zu, mit dem Ziel, die Arbeitszeiten von 2 auf 4 Stunden pro Tag an mindestens 4 Tagen die Woche zu steigern. Ab dem 20. November 2008 konnte sie die Präsenzzeit von 4 Stunden pro Tag erreichen.

#### **E. 8**

Mit Mitteilungen vom 11. Dezember 2008 und 16. Juni 2009 erteile die IV- Stelle A. \_\_\_\_\_ eine Kostengutsprache für ein Aufbautraining beim Bürozentrum M. \_\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2008 bis 7. September 2009, wobei vereinbart wurde, die Arbeitszeit von 4 Stunden an mindestens 4 Tagen die Woche auf maximal 100 % einer normalen Arbeitsstelle zu steigern. Dabei erreichte sie gemäss Schlussbericht vom 2. September 2009 eine Präsenzzeit von 4 Stunden pro Tag an 5 Tagen die Woche und konnte das Pensum von 50 % konstant halten sowie viele der vereinbarten Ziele erreichen. Von Seiten des Bürozentrams M. \_\_\_\_\_ wurde vorgeschlagen, ein Praktikum in der freien Wirtschaft bei einem Arbeitspensum von höchstens 50 % und einer Leistungsfähigkeit von 40 % zu absolvieren.

#### **E. 9**

In ihrem Bericht vom 7. Juli 2009 wies die Psychologin C. \_\_\_\_\_ eine mittelgradige Depression sowie eine Angststörung mit konversionshysterischer Komponente aus und wies darauf hin, dass die depressive Symptomatik noch immer ein Ausmass habe, das eine regelmässige Arbeit und Arbeitsleistung nicht zulasse.

#### **E. 10**

Vom 7. September 2009 bis 28. Februar 2010 absolvierte A. \_\_\_\_\_ ein Praktikum als Büroangestellte in der Gemeindeverwaltung Y. \_\_\_\_\_ mit Arbeitszeiten von 8.00 bis 12.00 Uhr. Entsprechend erteilte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 3. November 2009 eine Kostengutsprache für ein Arbeitstraining. Gleichentags wurden die Integrationsmassnahmen nach erfolgreichem Abschluss beendet. Gemäss dem Bericht Nachbetreuung Eingliederung vom 9. Dezember 2009 verlief das Praktikum nach

- 5 - vereinbartem Plan. A. \_\_\_\_\_ habe ein Pensum von 50 % halten können; eine Steigerung sei jedoch aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich gewesen. Sie sei unter Berücksichtigung ihrer Krankheit zu 50 % arbeitsfähig und belastbar. In ihrem eigenen Praktikumsbericht gab A. \_\_\_\_\_ an, bei 50%-Pensum an die Grenze ihrer Möglichkeiten gestossen zu sein; sie sehe sich zu 40 % arbeitsfähig. Dies bestätigte auch ihr Hausarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 14. Dezember 2009 genauso wie Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeinmedizin, in seinem Arbeitsunfähigkeits-Zeugnis vom 25. Januar 2010, welcher sie für einen Monat zu 100 % krankschrieb, was gleichentags zum Abbruch des Praktikums führte.

#### **E. 11**

Mit Mitteilung vom 8. März 2010 beendete die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung mit Einverständnis von A. \_\_\_\_\_.

#### **E. 12**

In seiner Beurteilung vom 31. März 2010 schloss RAD-Arzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der beruflichen Eingliederung aus versicherungsmedizinischer Sicht auf ein zumutbares Pensum von 4 Tagen à 4.5 Stunden.

#### **E. 13**

Mit Verfügung vom 31. Mai 2010 sprach die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ ab dem 2. September 2006 befristet bis zum 7. September 2008 eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zu. Für den Zeitraum vom 8. September 2008 bis 28. Februar 2010, während welchem berufliche Massnahmen mit Taggeldleistungen bezogen wurden, wurde ein

Anspruch auf eine Invalidenrente verneint. Ab dem 1. März 2010 wurde A.\_\_\_\_\_ bei einem Invaliditätsgrad von 66 % eine Dreiviertelsrente ausgerichtet. Dabei wurde von einer Arbeitsfähigkeit von 4.5 Stunden à 4 Tagen pro Woche ausgegangen, d.h. 18 Stunden pro Woche, was bei einer 41.6-Stunden- Woche eine Arbeitsfähigkeit von 43 % ergebe. Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

- 6 -

#### **E. 14**

Im Rahmen eines im April 2013 eingeleiteten Revisionsverfahrens gab A.\_\_\_\_\_ an, ihr Gesundheitszustand habe sich seit April 2012 verschlechtert. Auch ihr Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ wies in seinem Arztbericht vom 2. September 2013 bei den bekannten Diagnosen aus, die seelische Situation habe sich mit einer schweren depressiven Phase seit April 2012 zusätzlich verschlechtert, wobei ein erneuter stationärer Aufenthalt in der Klinik E.\_\_\_\_\_ angemeldet werden müsse.

#### **E. 15**

Vom 15. Oktober 2013 bis zum 16. November 2013 befand sich A.\_\_\_\_\_ wiederum zur stationären psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik E.\_\_\_\_\_. In deren Austrittsbericht wurden folgende Diagnosen ausgewiesen: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach Komplextraumatisierung (ICD-10 F43.1) sowie rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Durch die stationäre Behandlung und die positiven Erfahrungen im sozialen Milieu hätten sich das Selbstwirksamkeitserleben sowie die depressive Stimmungslage im Verlauf merklich stabilisiert. Ein Arbeitsversuch würde die Patientin bis auf Weiteres indes überfordern und die Gefahr einer erneuten schweren psychophysischen Dekompensation mit sich bringen.

#### **E. 16**

Dr. med. I.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. November 2013 eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), wobei er darauf hinwies, A.\_\_\_\_\_ orientiere sich an der Diagnose einer PTBS und führe ihre aktuellen Beschwerden auf die in der Kindheit und Jugend erlittenen seelischen Misshandlungen zurück.

#### **E. 17**

In der RAD-Abschlussbeurteilung vom 13. Februar 2014 führte Dr. med. P.\_\_\_\_\_ aus, im Gutachten vom 9. Juli 2008 sei eine mittelgradige depressive Störung, eine Agoraphobie und eine ängstlich vermeidende

- 7 - Persönlichkeitsstörung festgestellt worden. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ stelle am 26. November 2013 nur noch eine Dysthymie, also eine weniger ausgeprägte Störung, und die genannte Persönlichkeitsstörung fest. Er beschreibe einen stabilen Verlauf, abgesehen von einer Verunsicherung bzw. Existenzängste im Rahmen der Mitteilung der Rentenrevision. Auch im Bericht der Psychologin vom 27. September 2013 und der Klinik E.\_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2013 gehe ein im Laufe der letzten Jahre im Wesentlichen stationärer Krankheitsverlauf hervor. Es bestehe ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand.

#### **E. 18**

Nach einem Gespräch mit RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_\_ verlangte A.\_\_\_\_\_ zu der ihr mitgeteilten unveränderten Ausrichtung der bisherigen Invalidenrente am 3. April 2014 eine anfechtbare Verfügung. Daraufhin liess ihr die IV-Stelle am 8. April 2014 einen Vorbescheid gleichen Inhalts und sodann, nachdem kein Einwand erhoben wurde, ein mit "Mitteilung: unveränderte Invalidenrente" bezeichnetes Schreiben vom 16. Juni 2014 zukommen.

#### **E. 19**

Nachdem Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ der IV-Stelle am 3. Oktober 2017 mitgeteilt hatte, dass sich A.\_\_\_\_\_ seit dem 23. August 2017 wegen einer schwergradigen depressiven Episode mit psychotischen Symptomen, differenzialdiagnostisch paranoide Schizophrenie, in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik F.\_\_\_\_\_ befunden hatte, stellte A.\_\_\_\_\_ durch die PDGR am 20. Oktober 2017 einen Revisionsantrag im Sinne eines Erhöhungsgesuchs der Invalidenrente. Im Revisionsfragebogen begründete sie die seit ca. Frühling 2017 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, mehr Zwängen, Panikattacken, Ängsten, erhöhter Müdigkeit sowie vermehrtem sozialem Rückzug und Stimmungsschwankungen.

- 8 -

#### **E. 20**

In ihrem Arztbericht vom 21. Dezember 2017 zu dem vom 23. August 2017 bis 17. November 2017 stattgehabten stationären Klinikaufenthalt wies Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), differenzialdiagnostisch eine akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10 F23) und als Nebendiagnose u.a. Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10 F42.2) sowie eine PTBS (ICD-10 F43.1) aus. Aus dem Verlauf geht hervor, dass die Depression während des stationären Aufenthalts durch die angewendeten Therapien sowohl subjektiv wie objektiv deutlich habe verbessert werden können. In dem gleichentags zu Händen der IV-Stelle erstellten Bericht wies Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ bei den bekannten Diagnosen darauf hin, dass A.\_\_\_\_\_ in einem geschützten Rahmen maximal 50 % arbeitstätig sein könne; eine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe nicht.

#### **E. 21**

Am 1. Juni 2018 begann A.\_\_\_\_\_ bei R.\_\_\_\_\_ in einem 50%-Pensum an einem geschützten Arbeitsplatz als Büroangestellte bei einem Monatslohn von Fr. 200.-- zu arbeiten.

#### **E. 22**

In seinem Verlaufsbericht vom 27. März 2019 diagnostizierte Dr. med. S.\_\_\_\_\_ von der Klinik F.\_\_\_\_\_ u.a. eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10 F42.2) sowie eine PTBS (ICD-10 F43.1) und wies eine volle Arbeitsunfähigkeit aus.

#### **E. 23**

RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_\_ hielt in der Abschlussbeurteilung vom 6. Mai 2018 dafür, es bestehe abgesehen von einer vorübergehenden Verschlechterung im Vergleich zum Gutachten aus dem Jahr 2008 ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand.

#### **E. 24**

Mit Vorbescheid vom 24. Juni 2019 stellte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ eine befristete Erhöhung der Invalidenrente in Aussicht. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand bereits sechs Monate vor Eintritt in die Klinik F.\_\_\_\_\_ verschlechtert habe. Das Erhöhungsgesuch sei jedoch erst im Oktober 2017 und damit verspätet eingereicht worden. Während des stationären Aufenthalts habe sich der Gesundheitszustand verbessert. Ab Austritt bestehe wiederum dieselbe Arbeitsfähigkeit wie vor Eintritt. Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Wartefrist bestehe somit vom 1. Oktober 2017 bis 28. Februar 2018 ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und ab 1. März 2018 wiederum ein solcher auf eine Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 66 %.

#### **E. 25**

Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ am 26. Juli 2019 Einwand erheben und beantragen, die ganze Invalidenrente sei ab dem 1. März 2018 unbefristet weiterzuführen. Am 12. August 2019 bzw. 29. Oktober 2019 liess sie eine Stellungnahme von Dr. med. S.\_\_\_\_\_ vom 6. August 2019, in der von ihrer Unvermittelbarkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgegangen wird, sowie ein Zeugnis von Dr. med. T.\_\_\_\_\_ zu ihrer Fahruntüchtigkeit nachreichen.

#### **E. 26**

Am 3. Dezember 2019 verfügte die IV-Stelle wie vorbeschieden und sprach A.\_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2017 bis 28. Februar 2018 eine ganze Invalidenrente und ab 1. März 2018 wiederum eine Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 66 % zu. Zum Einwand hielt sie namentlich fest, dieser vermöge die Feststellung des RAD, wonach nach dem Klinikaustritt wieder ein im Vergleich zur früheren Rentenzusprache im Jahr 2010 unveränderter Gesundheitszustand vorliege, nicht zu erschüttern. Vielmehr habe auch die PDGR mehrfach unmissverständlich bestätigt, dass sich der Gesundheitszustand von A.\_\_\_\_\_ (nach vorübergehender Verschlechterung) nicht wesentlich verändert habe. Bei der Einschätzung einer bloss 50%igen Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen handle es sich lediglich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen

- 10 - unverändert gebliebenen Sachverhalts, was revisionsrechtlich unbeachtlich sei.

#### **E. 27**

Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 6. Januar 2020 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden erheben und neben der Aufhebung der angefochtenen Verfügung beantragen, ihr sei rückwirkend ab dem 1. Mai 2013, eventuell ab dem 1. April 2014, eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei ihr ab dem 1. März 2018 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, sie warte noch heute darauf, dass im Rahmen des im April 2013 eingeleiteten Revisionsverfahrens korrekt verfügt werde. Da die damaligen Arztberichte eindeutig eine seinerzeitige 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen hätten, sei die Rente rückwirkend anzupassen. Zudem würden im aktuellen Revisionsverfahren im Gegensatz zu RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_\_ sämtliche behandelnden Ärzte mit gewichtigen psychiatrischen Diagnosen eine nochmalige Verschlechterung des Gesundheitszustands bestätigen. Sie sei heute zweifellos zu 100 % arbeitsunfähig.

#### **E. 28**

Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) schloss in der Vernehmlassung vom 22. Januar 2020 auf Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin vertiefte in der Replik vom 27. Januar 2020 bei unveränderten Rechtsbegehren ihren Standpunkt punktuell. Die Beschwerdegegnerin duplizierte am 31. Januar 2020. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 3. Dezember 2019. Eine solche Anordnung, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort

- 11 - der verfügenden IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als das örtlich und sachlich zuständige Versicherungsgericht angefochten werden (vgl. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als formelle und materielle Verfügungsadressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Sie ist somit zur Beschwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zu dem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 39 Abs. 1 ATSG sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit – unter Vorbehalt der nachstehenden Erwägungen – einzutreten. 2. Streitgegenstand bildet der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Unbestritten ist, dass sie vom 1. Oktober 2017 bis 28. Februar 2018 aufgrund der seinerzeitigen Verschlechterung der depressiven Symptomatik Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Die Beschwerdeführerin beantragte in ihrer Beschwerde vom 6. Januar 2020 im Hauptbegehren, ihr sei rückwirkend ab dem 1. Mai 2013, eventuell ab dem 1. April 2014, eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hielt dem in der Vernehmlassung entgegen, es sei lediglich der Rentenanspruch ab dem Revisionsbegehren im Oktober 2017 streitig. Somit ist zunächst näher auf den Streitgegenstand einzugehen. 2.1. Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 26. März 2014 mitteilte, dass weiterhin ein Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 66 % bestehe, wobei sie anmerkte, es könne schriftlich eine beschwerdefähige Verfügung verlangt werden. Auf das entsprechende Schreiben der Beschwerdeführe-

- 12 - rin vom 3. April 2014 (Bg-act. 146) und nachdem sie mit RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_\_ hatte sprechen können (Bf-act. 14 oder Bg-act. 144), stellte die Beschwerdegegnerin ihr den Vorbescheid vom 8. April 2014 (weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente) zu und machte sie darauf aufmerksam, dass sie 30 Tage Zeit habe, allenfalls gegen den Entscheid bei der Beschwerdegegnerin Einwand zu erheben und entsprechende ärztliche Berichte zur Prüfung einzureichen (vgl. Bg-act. 148). Nachdem kein Einwand eingegangen war, stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 16. Juni 2014 das mit "Mitteilung: Unveränderte Invalidenrente" bezeichnete Schreiben zu (Bg-act. 149). Darin wies sie wiederum auf die Mitteilung vom 26. März 2014 (weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente) sowie das Schreiben der Beschwerdeführerin vom 3. April 2014 mit der Bitte um Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung hin. Zwar wurde das Schreiben vom 16. Juni 2014 nicht als Verfügung bezeichnet und enthielt zudem dieselben Ausführungen wie im Vorbescheid, wonach die Beschwerdeführerin innert 30-tägiger Frist allenfalls gegen den Entscheid Einwand erheben und entsprechende

ärztliche Berichte zur Prüfung einreichen könne. Aus der angeführten Rechtsmittelbelehrung geht jedoch unmissverständlich was folgt hervor: "Gegen diese Verfügung kann innert

### **E. 30**

Tagen seit der Zustellung beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden (...) schriftlich Beschwerde erhoben werden. (...) Nach Ablauf der Beschwerdefrist, die nicht erstreckt werden kann, wird die Verfügung formell rechtskräftig." Weshalb es der Beschwerdeführerin nicht zumutbar gewesen sein soll, die Rechtsmittelbelehrung im zweifellos sehr kurzen Schreiben zu lesen und im Zweifelsfalle Beschwerde zu erheben, leuchtet nicht ein. Dies umso weniger, als sie ausdrücklich mit Schreiben vom 3. April 2014 um den Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung ersucht hatte, sodann aber bei Vorliegen des mit einer eindeutigen Rechtsmittelbelehrung versehenen Schreibens, aus welchem der Verfügungscharakter mit Blick auf die Weiterausrichtung der bisherigen Invalidenrente ersichtlich ist, sich erst wieder mehr als drei Jahre danach im Herbst 2017 mit einem

- 13 - Erhöhungsgesuch bei der Beschwerdegegnerin meldete (vgl. Bg-act. 153). Zwar leidet die nicht als solche bezeichnete Verfügung an einem Eröffnungsmangel. Rechtsprechungsgemäss gilt der Grundsatz von Treu und Glauben aber auch für Private (vgl. BGE 138 I 49 E.8.3.1, 134 V 306 E.4.2, 132 II 485 E.4.3). So darf die Empfängerin einer nicht als solchen bezeichneten Verfügung nicht einfach zuwarten, sondern muss verfahrensrechtliche Einwendungen so früh wie möglich geltend machen, wenn sie den Entscheid nicht gegen sich gelten lassen will (vgl. KNEUBÜHLER/PEDRETTI, in: Auer/Müller/Schindler (Hrsg.), VwVG - Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Kommentar, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2019, N. 8 zu Art. 38; Urteil des Bundesgerichts 9C\_71/2020 vom 16. September 2020 E.4.2.2 m.H.). Ist eine Verfügung somit nicht klar als solche erkennbar, hat sich die Adressatin innert nützlicher Frist entsprechend zu informieren und bei Vorliegen aller nötigen Angaben innert der Rechtsmittelfrist Beschwerde zu erheben, sofern der Verfügungscharakter wie hier nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren erkannt werden kann (KNEUBÜHLER/PE-DRETTI, a.a.O., N. 25 zu Art. 38). Insofern ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass der fehlerhaft eröffnete Verwaltungsakt vorliegend rechtsbeständig geworden ist, da sich die Beschwerdeführerin erst mehr als drei Jahre danach wieder bei der Beschwerdegegnerin gemeldet und sich gar erst in der Beschwerde an das Verwaltungsgericht auf den Eröffnungsmangel berufen hat. Es geht somit nicht an, den Rentenanspruch rückwirkend bis zum 1. Mai 2013 bzw. 1. April 2014 zu überprüfen. Vielmehr bildet das Revisionsgesuch vom Oktober 2017 Auslöser dafür. Dabei ist infolge der unbestrittenen Ausrichtung einer befristeten ganzen Invalidenrente vom 1. Oktober 2017 bis 28. Februar 2018 aufgrund einer vorübergehenden Verschlechterung der depressiven Symptomatik vorliegend der Rentenanspruch ab dem 1. März 2018 umstritten. 2.2. Im Übrigen erhob die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin gegen den Vorbescheid vom 24. Juni 2019, mit welchem die Beschwerdegegnerin die

- 14 - Ausrichtung einer befristeten ganzen Invalidenrente vom 1. Oktober 2017 bis 28. Februar 2018 in Aussicht stellte, bevor dann wiederum ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ab 1. März 2018 bestehe (vgl. Bg-act. 169), am 26. Juli 2019 Einwand. Darin stellte sie das Rechtsbegehren, die ganze Rente sei ab dem 1. März 2018 unbefristet weiterzuführen (vgl. Bg-act. 174). Die Beschwerdegegnerin beschied am 3. Dezember 2019 so wie im Vorbescheid angekündigt. Wie bereits dargelegt, beantragte die Beschwer-

deführerin in der beim Verwaltungsgericht eingereichten Beschwerde nun u.a., ihr sei rückwirkend ab dem 1. Mai 2013, eventuell ab dem 1. April 2014, eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Damit geht sie aber über das hinaus, was sie noch vor der Beschwerdegegnerin anbegehrt hatte. Mithin verstösst sie gegen den Grundsatz der Einheit des Verfahrens, weshalb in diesem Umfang nicht auf die Beschwerde einzutreten ist. 2.3. Dasselbe gilt mit Blick auf die erstmals im vorliegenden Verfahren geltend gemachten Vorbringen, die nicht als solche bezeichnete Verfügung vom 16. Juni 2014 könne in Wiedererwägung gezogen werden bzw. wahrscheinlich sei bereits die ursprünglich am 31. Mai 2010 verfügte Dreiviertelrente falsch gewesen. Abgesehen davon, dass weder substantiiert aufgezeigt wird noch ersichtlich ist, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügungen möglich ist, wäre ein Wiedererwägungsgesuch beim Versicherungsträger anhängig zu machen, denn es besteht kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung (so schon BGE 117 V 8 E.2a; vgl. auch "Kann-Vorschrift" in Art. 53 Abs. 2 ATSG). 3. Zu prüfen ist, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Denn während die Beschwerdegegnerin abgesehen für den Zeitraum der stationären Behandlung einen solchen verneint, erblickt die Beschwerdeführerin einen

- 15 - Revisionsgrund in einer progredienten Verschlechterung ihres Gesundheitszustands, welcher von sämtlichen behandelnden Ärzten bestätigt werde.

### **E. 31**

März 2010 und 20. Oktober 2009 [Case Report, Bg-act. 121/7]). Im Rahmen des planmässig verlaufenen Praktikums als Büroangestellte in der Gemeindeverwaltung Y.\_\_\_\_\_ konnte die Beschwerdeführerin gar ein Pensum von 50 % halten (wie schon zuvor im geschützten Rahmen im Bürozentrum M.\_\_\_\_\_, vgl. Schlussbericht vom 2. September 2009 [Bg-act. 80]), wobei sie gemäss dem Bericht Nachbetreuung Eingliederung vom 9. Dezember 2009 unter Berücksichtigung ihrer Krankheit sogar zu 50 % arbeitsfähig und belastbar eingeschätzt wurde (Bg-act. 98). Dies liegt über dem, was in der Verfügung vom 31. Mai 2010 gestützt auf die RAD-Beurteilung angenommen wurde. Vielmehr nähert sich die angerechnete Arbeitsfähigkeit von 43 % eher den eigenen Angaben der Beschwerdeführerin in ihrem Praktikumsbericht an, wonach sie sich zu 40 % arbeitsfähig sehe (Bg-act. 99), was auch ihr Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. N.\_\_\_\_\_ bestätigten (Bg-act. 104). Insofern ist auch dem Einwand der Beschwerdeführerin hinsichtlich der berufspraktischen Eingliederung kein Erfolg beschieden.

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