

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00472 vom 12. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00472

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00472 du 12 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00472 del 12 agosto 2015

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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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

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 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E).

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). 1.
3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

). 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. März 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - PKRück, Ref. Pensionskasse Z.____, Postfach, 8042 Zürich - Pensionskasse Z.____ - 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 Gräub-Oertli

E. 1.5

und Urk. 7/35/6 11). Auch die zusätzlich relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren lassen die ursprüngliche Rentenzusprache gestützt auf die fachärztliche Diagnose

der behandelnden Psychiaterin sowie die Stellungnahme des RAD (vgl. 3.4) nicht als zweifellos unrichtig erscheinen , erhob die Ärztin in den massgebenden Berichten doch nicht im Wesentlichen nur Befunde, die in den psychosozialen und soziokulturellen Belastungen aufgingen

(BGE 127 V 294 E.

5a S. 299 , vgl. 8/13/6-11 S. 2 Ziff.

E. 6

-11) auferlegte die IV-Stelle der Ver sicherten im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht die Fortsetzung der fachpsychiatrische n und psychopharmakologische n

Behandlung und Therapie

(Urk. 8/39) .

Mit

Verfügung en vom 18.

April und 1 2. Mai 2011 sprach die IV Stelle

X.____

mit Wirkung ab 1. August 2010, ausge hend von einem Invaliditätsgrad von zunächst 70 % und anschliessend

100 % , eine ganze Ren te der Invalidenversicherung nebst Kinderrenten zu (Urk. 8/54 und Urk. 8/57) .

E. 6.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. B.____ vom 2 4. Dezember 2012 beruht auf anlässlich der Untersuchung vom 3 1. Oktober 2012 erhobenen psychischen und testpsychologischen Befunden, der erhobenen Anamnese sowie den Vorak ten . Dr. B.____ kam zum Schluss, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung verbessert habe. Er diagnostizierte eine Dysthymia

sowie neurasthenische, ängstli che und depressive Restsymptome . D ie in den Vorberichten von Dr.

A.____ diagnosti zierte mittelgradige depressive Episode erachtete er als remittiert. Er stützte sich bei dieser Einschätzung nebst

eigene n Wahrnehmungen sowie Testergebnisse n

auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin , wonach es ihr viel besser gehe . Zudem wies er darauf hin, dass im Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. A.____ vom 30.

März 2012 ebenfalls eine Verbesserung attestiert und eine

Dysthymia

bei einem Status nach mittelgradiger depressiver Episode

diagnosti ziert worden sei .

E. 6.2

mit zahlreichen Hinweisen sowie 8C_623/2013 vom 1. März 2014 E. 3.2 mit Hinweis) praxismässig regelmässig nicht erfüllt sein .

E. 6.3

Mit Blick auf den Bericht der C.____ vom 12. September 2014 über einen mehrmonatigen Aufenthalt in der Tagesklinik und der wiederum diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ,

ist allerdings nicht rechtsgenügend auszuschliessen, dass in der Zeit nach der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. B.____ im Oktober 2012 bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses im März 2014 eine Verschlechterung der psychiatrischen Situation eingetreten ist. In der „Revidierten Diagnose“ der behandelnden Psychiaterin Dr. A.____ , wiedergegeben in der – wenn auch von zweifelhafter Aussagekraft da

fast gänzlich geschwärzten – Email vom 8. März 2013 an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (Urk. 3), passte auch Dr.

A.____ ihre Diagnosen an. Sie ging von einer rezidivierenden depressiven Störung (vor einem Monat mittelschwer) sowie von einer

Dysthymie auf dem Hintergrund einer sequentiellen Traumatisierung (sex. Missbrauch, tragische Ereignisse mit Mutter) in aktuell schwieriger partnerschaftlicher und finanzieller Situation aus. Die Beschwerdegegnerin sah sich zwar veranlasst, bis zum Verfügungserlass im März 2014 zweimal Rückfragen beim Gutachter zu stellen. Eine ergänzende Untersuchung wurde aber nicht durchgeführt. Ebenso wenig wurde ein Verlaufsbericht bei der behandelnden Psychiaterin eingeholt. 6. 4

Was die geltend gemachten somatischen Beschwerden betrifft (Urk. 1 S. 8), hielt der Hausarzt in seinem Bericht vom 4. Juni 2012 fest, dass diese keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten (vgl. E. 4. 3). Auch dieser Bericht liegt relativ weit zurück, weshalb auch diesbezüglich Rückfragen angezeigt sind.

Aufgrund der Aktenlage scheint daher eine ergänzende medizinische Abklärung entsprechend dem unter Ziffer 2 beantragten Eventualantrag, falls nötig unter Beizug eines Dolmetschers

(vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 3) ,

indiziert. Dabei werden die bundesgerichtlichen Vorgaben betreffend den Krankheitswert einer psychischen Störung bei Vorliegen psychosozialer und soziokultureller Faktoren mit zu berücksichtigen sein (vgl. E. 1.3 und E. 6.2) . 7.

Die ursprüngliche

Rentenzusprache

mit Verfügungen vom 18. April und 12. Mai 2011 ist schliesslich nicht als zweifellos unrichtig in dem Sinne zu qualifizieren , dass nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – denkbar wäre

(vgl. Beschwerdeantwort Urk. 7 S. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_837/2010 vom 30. August 2011 E. 2.5.1). Zunächst kann der Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach es sich bei den damals gestellten Diagnosen per se nicht um einen invalidisierenden Gesundheitsschaden handle ,

mit Blick auf die diagnostizierte mit telgradige depressive Erkrankung nicht in dieser Absolutheit gefolgt werden, zumal die bundesgerichtliche Rechtsprechung durchaus Raum lässt, um bei mittelgradigen Depressionen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in relevantem Ausmass zu berücksichtigen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_1041/2010 vom 30. März 2011 E. 5.2 und 9C_292/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2), und die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten seit Jahren rezidivierend an depressiven Störungen litt (vgl. Urk. 7/13/6-11 S. 19), seit August 2007 in psychiatrischer Behandlung stand (vgl. Urk. 7 S. 2) und seit der massiven Zunahme der Beschwerden im Sommer 2009 bis zur Rentenzusprache engmaschig Behandlungstermine wahrnahm und sich einer medikamentösen Behandlung unterzog (Urk. 7/13/6-11 S. 2 Ziff.

E. 8

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne ver selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E.

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen ver selbständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 1. 4

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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2. 1

Die Beschwerdegegnerin bejahte

in ihrer Verfügung vom 19. März 2014 gestützt auf das Gutachten von Dr. B.____ den Eintritt einer gesundheitlichen Verbesserung (Urk. 2). Die früher dokumentierte depressive Episode sei aktuell remittiert und es bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. In der Beschwerdeantwort ergänzte sie, dass in Bezug auf die rentenzusprechenden Verfügungen ein Wiedererwägungsgrund vorliege, da damals angesichts der gestellten Diagnosen kein invalidisierendes Gesundheitsschaden vorgelegen habe.

Zudem hätten

erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren bestanden (Urk. 7). 2.2

Die Beschwerdeführerin erhob demgegenüber Einwände gegen das Gutachten von Dr. B.____ (Urk. 1 Ziff.

E. 11

f. S. 8 und Urk.

E. 14

Ziff. 4.2 S. 4 ff.). 2.3

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob die IV-Stelle im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Zusprechung einer ganzen Rente der Invalidenversicherung mit Verfügungen vom 18. April und 12. Mai 2011 (Urk. 8/54 und Urk. 8/57) und der Aufhebung der Rente mit Verfügung vom 19.

März 2014 (Urk. 2) zu Recht von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes beziehungsweise von einem die Rentenaufhebung rechtfertigenden Revisionsgrund ausging. 3.3.1

Den am 18. April 2011 und 12. Mai 2011 verfügten Ansprüchen auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 8/54 und Urk. 8/57) lagen in medizinischer Hinsicht folgende Akten zugrunde: 3.2

Am 16. März 2010 berichtete Dr. A.____, bei welcher die Beschwerdeführerin seit dem 30. August 2007 in Behandlung stand, der IV-Stelle (Urk. 8/13 /6-11). Die Ärztin diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine Dysthymie sowie eine chronische Gratifikationskrise und attestierte der Beschwerdeführerin vom 25. Mai 2009 bis Februar 2010 eine 100%ige und ab Februar 2010 bis auf Weiteres eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei sie ab Sommer 2010 mit einer 50%igen Arbeits(un)fähigkeit rechnete. Nach der Krankschreibung im Mai 2009 sei die Beschwerdeführerin vom 18. Juni 2009 bis zum 22. Januar 2010 in der Tagesklinik für Affektkranke der C.____ gewesen. Die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin wirke sich bei der Arbeit aus, indem eine starke Selbstverunsicherung, Konzentrationsprobleme, eine verlangsamte Aufmerksamkeit und eine reduzierter Belastbarkeit bestünden. Dr. A.____ gab im Weiteren an, es sei eine Reintegration geplant und es sei in einem späteren Zeitpunkt von einer normalen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Sie fügte am 29.

März 2010 einen Nachtrag ein, wonach seit einem Medikationsversuch mit Wellbutrin eine eindeutige Besserung eingetreten sei.

3.3

Am 10. September 2010 nannte

Dr. A.____

diese ICD-Diagnosen wie im ersten Bericht, wobei sie diese mit der Diagnose einer Exacerbation eines chronischen Paarkonfliktes ergänzte (Urk. 8/35 /6-11). Dr. A.____ stellte fest, die Beschwerdeführer in sei aktuell wieder so durcheinander, dass jeder Reiz von aussen zur Verstärkung ihrer Beschwerden führe. Aktuell sei sie sehr mit familiären Problemen beschäftigt. Eine Reintegration sei geplant gewesen. Nun sei eine volle Arbeitsfähigkeit nicht denkbar – im Gegenteil sei die Beschwerdeführerin aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Sie könne knapp ihre Funktion als Mutter von drei kleinen Kindern sowie einer 18-jährigen Tochter inklusive Haushalt erledigen. Dies koste sie viel Energie bei reduziertem Antrieb, starker Selbstverunsicherung, Konzentrationsproblemen, verlangsamter Aufmerksamkeit, reduzierter Belastbarkeit und unter Stress nur völlig untergeordneten Copingstrategien. 3.4

Dr. med. Dr. rer. pol. D.____, Facharzt für Innere Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stelle (RAD) kam in seiner Stellungnahme vom 28. September 2010 zu den Berichten von Dr. A.____ zum Schluss, auch für eine adaptierte Tätigkeit sei der ausgewiesene Verlauf – 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 25. Mai 2009 bis Februar 2010, 70%ige Arbeitsunfähigkeit vom Februar bis Ende August 2010 und wiederum 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab September 2010 – ausgewiesen (Urk. 8/38 S. 3 f.). 4.

4.1

Im Rahmen des im März 2012 an die Hand genommenen Rentenrevisionsverfahrens wurden die folgenden medizinischen Berichte zu den Akten genommen: 4. 2

Am 30. März 2012 wies Dr. A.____ (Urk. 8/62 /5-11) auf massive Partnerschaften im vergangenen Jahr hin,

mit Auslösung von ausgeprägten existenziellen Ängsten, Versagensgefühlen, Verlustängsten und Insuffizienzerleben, die sich unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Begleitung und Paartherapie langsam beruhigt hätten. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin nun stabiler, wenn auch häufig Infekte und Kopf- sowie Rückenschmerzen auftreten würden. Neben der Mutter- und Hausfrauenrolle sei eine zusätzliche Arbeit nicht vorstellbar. Dr. A.____ diagnostizierte aktuell eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie einen Status nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1) bei chronischer Gratifikationskrise und Exacerbation eines chronischen Paarkonfliktes im Jahr 2010/2011 sowie Rückenschmerzen (Diagnose unbekannt). Sie attestierte der Beschwerdeführerin ab Oktober 2011 und bis auf Weiteres eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit. Langfristig, insbesondere mit dem Grösserwerden der Kinder, sei der Gesundheitszustand vermutlich besserungsfähig. Aktuell sei er stabil auf einem auswärts arbeitsunfähigen Niveau. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Funktion als Hausfrau und Mutter ausgelastet und gerate zwar weniger in Erschöpfung- und Überforderungszustände; wenn diese aber eintreten würden, wirkten sie sehr bedrohlich. Eine zusätzliche auswärtige Arbeit sei nicht zumutbar beziehungsweise es sei eine erneute Dekompensation im Sinne einer Erschöpfungsdepression und Selbstwertkrise zu befürchten. 4. 3

Der Hausarzt Dr. med. E.____, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 4. Juni 2012 (Urk. 8/65) ein depressives Zustandsbild bei einem Status nach mittelgradiger

depressiver Episode (ICD-10 F32.1) mit einer Hospitalisation in der C.____. Er gab zudem an, die rezidivierenden Rückenschmerzen und der rezidivierende Eisenmangel hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). Im Übrigen verwies er auf den ausführlichen Bericht von Dr. A.____. 4. 4

Dr. med. B.____ diagnostizierte in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 24. Dezember 2012 (Urk. 8/70/1-18) eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) bei einer gegenwärtig remittierten depressiven Störung (ICD-10 F32.4/F33.4) mit (subjektiven) neurasthenischen, ängstlichen und depressiven Restsymptomen und mit unregelmässigem Konsum von Alkohol, Kokaïn, Ecstasy und Cannabinoiden (S. 7).

Er gab an, in der Untersuchung vom 31. Oktober 2012 seien keine relevanten psychopathologischen Befunde erkennbar gewesen. Es sei eine leichte Unruhe aufgefallen. Die Beschwerdeführerin sei im Affekt leicht klagsam und eine erhöhte Labilität (den Tränen nahe sein) trete hin und wieder auf. Ein depressives Syndrom könne auch nicht mit Hilfe der MADRS objektiviert werden (S. 9).

Die neurasthenischen, ängstlichen und depressiven Restsymptome beziehungsweise die Dysthymia

erklärten sich vollständig als Folge einer gemäss Akten depressiven Episode zwischen Mai 2009 und März 2012 sowie der aus den Akten ersichtlichen und subjektiv geschilderten psychosozialen Faktoren, wie unter anderem Herkunft, Migration, Lebensalter, Rentenbezug, eheliche Konflikte, Krankheiten der Kinder, Mehrfachbelastung als Hausfrau und Mutter, persönliche Berufswünsche sowie Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt (S.

10).

Die Dysthymia führe im Fall der Versicherten aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit. Dies gelte für jede Art von Tätigkeit, inklusive der Arbeiten im Haushalt. Gründe für die Unzumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der objektiv gering ausgeprägten Defizite könnten aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht attestiert werden (S. 12). Die genannten psychosozialen Faktoren wirkten deutlich gegen eine Motivation zur beruflichen Reintegration und zur (zumutbaren) Überwindung der dysthymen Verstimmung (S. 13).

Es handle sich um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (S. 17). Hierzu werde auch auf die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. A.____ verwiesen. Eine im Mai 2009 dokumentierte depressive Episode sei remittiert (S.

16).

In seiner auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin ergangenen ergänzenden Stellungnahme führte Dr. B.____ am 22. Juli 2013 aus (Urk. 8/92), seine Exploration im engeren Sinne habe über 100 Minuten gedauert und die vollständige Untersuchung (inklusive Verhaltensbeobachtung und Testpsychologie MADRS) habe 160 Minuten in Anspruch genommen. Dr.

B.____ gab in derselben Stellungnahme zudem an, die psychosozialen Faktoren stünden bei der Beschwerdeführerin wesentlich im Vordergrund (S. 2). Am 18.

November 2013 bejahte Dr. B.____ erneut, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Dem habe die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung selbst zuge stimmt, in dem sie beispielsweise ausgeführt habe, es gehe ihr viel besser . Diese Einschätzung habe auch die langjährige behandelnde Psychiaterin in ihrem Bericht vom 3 0. März 2012 bestätigt, indem sie angegeben habe, die depressive Episode sei remittiert und die Arbeitsunfähigkeit habe sich vermindert (Urk. 8/99 S. 2). 4. 5

Dr. D.____

vom RAD stellte in seinen Stellungnahme n vom 2 5. Januar 2013 (Urk. 8/71 S. 4 f.) und 1 8. März 2014 (Urk. 8/104 S. 7) auf das psychiatrische Gutach t en von Dr. B.____ ab und hielt fest, der Gesundheitszustand habe sich seit März 2012 gebessert. Seit diesem Zeitpunkt bestehe für die zuletzt ausge führte und für eine adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % . 5.

I m Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht der C.____

vom 1 2. September 2014 über eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik vom 1 0. Juni bis 5. September 2014 zu den Akten (Urk. 1 5). Der Assistenzarzt F.____ und die Oberärztin Dr. med. G.____ diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1).

Die Ärzte gaben an, durch die Behandlung der depressiven Störung habe eine Teilremission der Symptomatik erreichen können. In den psychotherapeutischen Sitzungen seien einige dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster besproche n worden, welche geeignet seien, die depressive Symptomatik weiter zu erhalten. Nach Abschluss des akuttagesklinischen Programms sei die Beschwerdeführerin in einem stabilen und gebesserten Zustandsbild in die alten Verhältnisse ent lassen worden (S. 3) . 6.

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