

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01240 vom 16. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01240

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01240 du 16 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01240 del 16 giugno 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 Allg. 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

).

Aufgrund der Distanzierung von akuter Suizidalität habe die Patientin ihrem Wunsch gemäss nach Hause und in die ambulante Behandlung entlassen werden können (Ziff. 1.5).
3. 2

Die Fachpersonen der A. ___ stellten in ihrem Bericht vom 20. Dezember 2010 (Urk. 8/14) nach Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik vom 2. November bis 14. Dezember 2010 folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F33.9) - vorsätzliche Selbstvergiftung durch Exposition gegenüber Antiepileptika, Hypnotika, Antiparkinsonmitteln und psychotropen Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, zu Hause - emotional-instabile Persönlichkeitsakzentuierung

Die Fachpersonen führten aus, die Patientin habe sich aufgrund latenter Suizidalität und anhaltender Depressivität einen weiteren stationären Aufenthalt gewünscht. Der Befund eines Tumors im Gesicht im Frühling sowie chronische Schmerzen (vermutlich Weichteilrheuma) seien auslösend und aufrechterhaltend für die jetzige depressive Krise (S. 2 oben).

Die Beschwerdeführerin sei in einem familiären Umfeld mit vielen Konflikten aufgewachsen. Dies scheine sich bis heute in einer eingeschränkten Affektwahrnehmung zu manifestieren. Sie habe eigene Eigenanteile bezüglich der emotional-instabilen Persönlichkeitszüge erkennen und als Diagnose akzeptieren können. Dennoch sei es so erschienen, dass sie zu einer Symptom-Aggravation neige und mit Krankheitssymptomen versucht habe, wichtige Entwicklungsschritte zu vermeiden.

Die Fachleute führten aus, die Beschwerdeführerin verfüge über viele Ressourcen wie eine tragfähige Partnerschaft, soziale Kontakte und Intelligenz, welche sie im therapeutischen Prozess unterstützen könnten. Zu empfehlen sei ein ambulantes Setting sowie die motivationale Bearbeitung der geringen Veränderungsmotivation (S. 4). 3.3

Die Ärzte des B.____ konnten in ihrem Bericht vom 28. Dezember 2010 (Urk. 8/12/5-6) keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Sie stellten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - cervikospondyloge- und betontes Panvertebralsyndrom mit zusätzlich lumboradikulärer Reizsymptomatik S1 links mit/bei: - geringfügiger Bandscheibenprotrusion C5/6 und C6/7 umschriebener kleiner Diskushernie Th

5/6 mediolateral links mit möglicher recessaler Reizung Th 6 links, dehydrierter und höhengeminderter paramedial linksgelegener Diskushernie L1/2 ohne Neurokompression, dehydrierter und höhengeminderter Bandscheiben mit kleiner breitbasiger medianer Diskushernie ohne Neurokompression Höhe L5/S1 sowie grosser breitbasiger paramedianer rechtsgelegener Diskushernie L5/S1

mit Dorsalverlagerung der Nervenwurzel S1 rechts (MRI der ganzen Wirbelsäule vom 11. Januar 2010, C.____) - Fehlform der Wirbelsäule mit lumbaler Hyperlordose, thorakaler Flachrücken - Tendenz zur Hyperlaxizität

Die Ärzte führten aus, die Konsultationen hätten am 1. Februar sowie am 8. März 2010 stattgefunden. Die Patientin sei zur vorgesehenen Nachkontrolle am 6. April 2010 nicht erschienen (Ziff. 1.2). Die Ärzte führten aus, sie hätten lediglich eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 8. Februar bis 7. März 2010 attestiert. Danach sei keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert worden (Ziff. 1.6). 3.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 18. Juli 2011 (Urk. 8/22) folgende seit 2009 bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - emotionale instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) - schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10 F13.1)

Dr. D.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit September 2010 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 24. Juni 2011 erfolgt (Ziff. 1.2). Seit September 2010 bestehe eine unveränderte Pathologie, verschärft durch somatopsychische Belastungsfaktoren. Aufgrund der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie einer schweren somatischen Erkrankung im Jahr 2009 habe sich eine dysthyme Grundbefindlichkeit mit schwerwiegendem Motivationsmangel etabliert (Ziff. 1.4).

Als Psychiatriekrankenpflegerin bestehe seit 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Die Arbeit könne aufgrund fehlender Konzentration, somatischer Beschwerden unbekannter Genese, sowie starker Ermüdbarkeit und Hoffnungslosigkeit nicht erledigt werden. Aufgrund der emotionalen Instabilität werde jede motivationale Anwendung wieder im Keim erstickt, so dass es nicht zur Handlung komme. Es sei keine sinnvolle Tätigkeit in diesem Zustand denkbar. Eine Prognose sei nicht möglich (Ziff.

E. 1.3

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerz störung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progressiver Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis

trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

E. 1.4

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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

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. 1.6

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.

E. 1.7

und 1.9) . 3. 5

Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), stellte in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 6. September 2011 (Urk. 8/25) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 9): - anamnestisch emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

Dr. E.____ führte aus, mit der Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, aktuell einer mittelgradigen Episode, sowie einer emotional instabilen Persönlichkeitsakzentuierung sei ein Gesundheitsschaden ausgewiesen. Die Versicherte sei seit März 2009 aufgrund der instabilen und frequent rezidivierenden depressiven Symptomatik mit rezidivierenden suizidalen Krisen und selbstschädigendem Verhalten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegefachfrau sowie für angepasste Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig zu erachten. Eine erneute Beurteilung sollte in einem Jahr erfolgen (Ziff. 11).

Zu ihrer aktuellen Lebenssituation befragt, habe die Beschwerdeführerin ausgeführt, sie sei aufgrund wiederkehrender Suizidgedanken seit dem 18. August 2011

wieder stationär in der F.____ hospitalisiert. Sie wohne gemeinsam mit ihrem Freund, mit welchem sie seit acht Jahren zusammen sei. Ihr Freund sei hauptberuflich Musiker und häufig eine Woche oder einen Monat mit seiner Band unterwegs. Sie versuche, sich mit Kollegen zu treffen, weil sie wisse, dass dies wichtig sei. Zwei ihrer Kollegen würden aus Krankheitsgründen ebenfalls nicht arbeiten, die anderen seien berufstätig. An Hobbys praktiziere sie Bauchtanz, was sie in einer Gruppe lerne. Zudem lese sie, hauptsächlich Fantasy-Literatur und etwas Philosophisches (Ziff. 2).

Dr. E.____ führte aus, zum aktuellen Zeitpunkt könne die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode attestiert werden, sowie die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nachvollzogen werden. In Anbetracht der biographischen Anamnese der Versicherten bei einer emotional distanzierenden, als kontrollierend erlebten Mutter, sowie einem emotional nicht anwesenden Vater, könne vermutet werden, dass die Versicherte im Rahmen der für sie beängstigenden Diagnose der Tumorerkrankung und der nachfolgenden depressiven Dekompensation und Kündigung der Arbeitsstelle, über nicht ausreichende Kompensationsmechanismen und einen inneren Halt gebende Strukturen verfügt habe. Die Versicherte verfüge jedoch über Introspektionsvermögen und innere

Motivation sowie Therapiemotivation, was einen positiven Prädiktor darstelle. Jedoch wirkten zum aktuellen Zeitpunkt eine ausgeprägte Antriebsarmut, eine Erschöpfungssymptomatik, eine begrenzte Durchhaltefähigkeit, Einschränkungen der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Selbstbestimmungsfähigkeit limitierend, sodass unter diesen psychofunktionellen Voraussetzungen auch eine Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nicht realistisch erscheine. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Vorbehandler bestünden diesbezüglich zur heutigen Einschätzung im Rahmen der RAD-Untersuchung keine Diskrepanzen. Die Versicherte sei seit März 2009 als zu 100 % arbeitsunfähig zu erachten. Aufgrund der bestehenden fachgerechten Behandlung und der Motivation der Versicherten, sei jedoch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes medizinisch-theoretisch nicht ausgeschlossen, weshalb eine zeitnahe Beurteilung in einem Jahr zu empfehlen sei (Ziff. 10). 4. 4.1

Im Rahmen der vorliegenden Rentenrevision holte die Beschwerdeführerin die folgenden medizinischen Berichte ein:

Dr. med. G.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, stellte in ihrem Bericht vom 4. Februar 2014 (Urk. 8/52) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - intermittierendes lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts bei grosser paramedianer rechtsgelegener Diskushernie L5/S1 mit Kompression der Nervenwurzel S1 recessal rechts (MRI Lendenwirbelsäule Januar 2010) - Dekonditionierung - Hyperlaxizität (Beighton -Score 6/9) - zervikothorakales Schmerzsyndrom - intermittierend zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - MRI Halswirbelsäule (HWS) und Brustwirbelsäule (BWS) vom Januar 2010: kleine bis mittelgrosse paramedian linksgelegene Diskushernie Th 5/6 mit möglicher Reizung der Nervenwurzel Th 6 recessal links

Dr. G.____ nannte als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Thyreoiditis Hashimoto, ein polyzystisches Ovarialsyndrom, eine Depression, einen Status nach Vitamin D3-Mangel und einen Verdacht auf nicht Zöliakie assoziierte Gluten - sowie Lactoseintoleranz.

Die Beschwerdeführerin sei vom 12. November 2012 bis 28. Oktober 2013 vier mal bei ihr in Behandlung gewesen (Ziff. 1.2).

Dr. G.____ führte aus, die ganze Invalidenrente sei aufgrund psychiatrischer Diagnosen ausgesprochen worden. Aus rein rheumatologischer Sicht wäre für eine leichte körperliche Tätigkeit mit Wechselbelastung bei Vermeiden von HWS-Extension, Oberkörpervorneigung und stereotypen Bewegungsabläufen

eine Teilarbeitsfähigkeit gewährleistet, wobei eine Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit zur genaueren objektiven Beurteilung durchgeführt werden müsste (Ziff. 1.6). 4.2

Dr. D.____ stellte in seinem Bericht vom 18. Februar 2014 (Urk. 8/54) folgende, seit der Jugend bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ (ICD-10 F60.31) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht (ICD-10 F33.0)

Dr. D.____ führte aus, die letzte Kontrolle der Beschwerdeführerin habe am 16. Januar 2014 stattgefunden (Ziff. 1.2).

Sie sei in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Pflegefachfrau seit dem 19. November 2012 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Sie sei durch die verminderte Konzentration, durch die wechselnde Stimmungslage und durch die Schmerzen eingeschränkt, was sich in einer geringen Belastbarkeit und in einer geringen Umstellungsfähigkeit äussere. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7).

Die Beschwerdeführerin leide zeitweise unter ausgeprägten Stimmungstiefs, Bedrücktheit, negativen Gedanken, verminderter Konzentration und unter Schmerzen im Nackenbereich und im Rücken. Sie habe Ängste bezüglich körperlicher Krankheiten und es bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit. Die Beschwerdeführerin sei wenig belastbar und habe zeitweise Schlafstörungen. Die Situation sei stationär (Ziff. 1.4). Die Psychotherapie finde alle zwei bis vier Wochen statt, und die Medikamente würden bei Bedarf eingenommen (Ziff. 1.5). 4.3 4.3.1

Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, erstatteten am 21. August 2014 das von der Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrisch-rheumatologische Gutachten (Urk. 8/58 /1-36). Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. III, S. 25 Ziff. 4): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-

E. 2

9. Oktober 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei festzustellen, dass weiterhin ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe.

Eventuell sei ihr eine angemessene Rente zuzusprechen, und subeventuell sei die Angelegenheit zwecks umfassender Abklärung an die Vorinstanz zurück zu weisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2015 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrer Verfügung (Urk. 2) die Einstellung der Invalidenrente damit, dass sich gemäss den medizinischen Abklärungen keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit mehr begründen liesse. So wies die rezidivierende depressive Störung die zur Anerkennung eines psychischen Gesundheitsschadens geforderte Erheblichkeit in Bezug auf Schwere, Ausprägung und Dauer nicht auf, und auch die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung begründe keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht habe für die bisherige ausgeübte berufliche Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung bestanden (S.

2 oben). Auf das interdisziplinäre

Gutachten vom August 2014 könne abgestellt werden (S.

2 unten).

E. 2.2

). Eine Verschlechterung des somatischen Zustandes lässt sich auch dem Bericht von Dr. G.____ vom Februar 2014 (vorstehend E.

4.1) nicht entnehmen, führte sie doch im Wesentlichen die gleichen Diagnosen auf, welche bereits durch die Ärzte des B.____

im Dezember 2010 (vorstehend E.

3.3) als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt wurden.

Der im Vergleich zur erstmaligen Rentenzusprache verbesserte Gesundheitszustand ergab sich aus der psychiatrischen Beurteilung durch Dr. I.____. Dieser berichtete in seinem Teilgutachten von einem günstigen Verlauf der depressiven Störung, was er unter anderem auch aus dem Umstand ableitete, dass die Beschwerdeführerin seit Herbst 2012 keine wirkungsvollen Psychopharmaka mehr benötigte. Damit einhergehend diagnostizierte auch der behandelnde Psychiater Dr. D.____ im Februar 2014 (vorstehend E. 4.2) eine gegenwärtig leicht rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F.33). Auch in seiner Stellungnahme vom Oktober

2014, in der er am Gutachten von Dr. I.____ Kritik ausübte, (vorstehend E.

4.4) bestätigte Dr. D.____, dass es zu einer Verbesserung der depressiven Verstimmung gekommen sei.

Hingegen kritisierte er, dass Dr. I.____ die von ihm gestellte Diagnose einer Borderline-Störung nicht bestätigt und entsprechende Tests zur Eruiierung einer Persönlichkeitsstörung unterlassen habe. Im Gegensatz zu Dr. D.____ ging Dr. I.____ von einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) aus.

Zu beachten ist, dass es sich bei der Borderline-Störung

gemäss ICD-10 um eine Unterart der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-F60.3 handelt, wobei ein Borderline-Typus beschrieben wird, als zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.

Dr. I.____ führte diesbezüglich aus, anlässlich seiner Untersuchung hätten keine Hinweise für eine Borderline-Störung vorgelegen. Er verwies darauf, dass die Beschwerdeführerin keine entsprechende Medikation mehr benötige, nur selten das Gefühl einer inneren Leere habe, beziehungsweise stabil sei, und sich auch keine Selbstverletzungen mehr zufüge. Im Hinblick auf die im ICD-10 festgelegte Definition einer Borderline-Störung erscheint die Annahme von Dr. I.____, dass zu mindest zum Zeitpunkt seiner Untersuchung die Borderline-Symptomatik nicht vorgelegen hat, nachvollziehbar. Hingegen ist Dr. D.____ insoweit beizupflichten, dass von Seiten der A.____ in den dem Gutachten von Dr. H.____ und Dr. I.____ beigelegten Berichten vom Juni, September und Oktober 2011 (Urk. 8/58/37-43) jeweils eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ gemäss ICD-10 F60.31 diagnostiziert wurde und auch die Ärzte des Y.____ in ihrem Bericht vom November 2010 (vorstehend E. 3.1) von einer Borderline-Störung sprachen. Dr. I.____ ist aber insofern beizupflichten, dass betreffend eine in der Jugend diagnostizierte Borderline-Störung keine echtzeitlichen medizinischen Berichte bei den Akten liegen.

Insgesamt sprach Dr. I.____ von einer Verbesserung der Persönlichkeitsstörung, was Dr. D.____ so auch nicht bestritt.

Abgesehen davon, dass die Beschwerdeführerin seit Herbst 2012 keine wirkungsvollen Psychopharmaka benötigt, geht ein verbesserter gesundheitlicher Zustand und damit eine Stabilisierung der gesundheitlichen Situation im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache

auch daraus hervor, dass sich die Beschwerdeführerin keinen stationären Aufenthalt mehr unterziehen musste. So befand sie sich während der Begutachtung durch Dr. E.____ im August 2011

(vorstehend E. 3.5) aufgrund latenter Suizidalität in stationärer psychiatrischer Behandlung in der F.____.

Dr. E.____ erachtete zudem im September 2011 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes aufgrund der Gegebenheiten als durchaus möglich, verwies auf die vorhandenen Ressourcen der Beschwerdeführerin und empfahl eine Neubeurteilung in einem Jahr.

Für einen ab Herbst 2012 verbesserten psychischen Gesundheitszustand spricht auch, dass die Beschwerdeführerin ab Juli 2012 für ein Marktforschungsinstitut tätig war und hernach ab Mitte Dezember 2012 für drei Monate alleine in die K.____ reiste, wo bei sie mit ihrem Therapeuten lediglich noch bei Bedarf per E-Mail in Kontakt stand (vgl. Urk. 8/39, Urk. 8/46, Urk. 8/48).

Zudem findet die aktuelle Psychotherapie, wie Dr. D.____ im Februar 2014 ausführte, nur noch alle zwei bis vier Wochen statt (vorstehend E. 4.2). Im Übrigen ist bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen, dass Dr. D.____, als langjähriger behandelnder Psychiater eine mit dem Hausarzt vergleichbare Vertrauensstellung hat, und das Gericht damit der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass im Hinblick auf die auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten der Patienten ausgesagt wird (vgl. BGE 125 V 352 ff.).

Aufgrund des Gesagten kann Dr. I.____

folgend von einem insgesamt verbesserten psychischen Gesundheitszustand ausgegangen werden. 5.3

Zu prüfen bleibt, ob aus den im Gutachten von Dr. I.____ und Dr. H.____ genannten gesundheitlichen Einschränkungen eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert.

Mit Verweis auf die erläuterte Rechtslage (vorstehend E. 1.3) ist zunächst festzuhalten, dass eine diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität begründet. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass sie oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind und die Arbeitsfähigkeit nur im Ausnahmefall beeinträchtigt ist. Hierzu nahm Dr. I.____ in seinem Gutachten (vorstehend E. 4.3.2) detailliert und in nachvollziehbarer Weise Stellung. So sah er die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen in der seit Herbst 2012 noch bestehenden knapp mittelgradigen psychischen Komorbidität durch die rezidivierende depressive Störung und die Persönlichkeitsstörung begründet, in der Rückfallgefahr sowie der chronifizierten Schmerzproblematik. Hingegen erachtete er die soziale Integration der Beschwerdeführerin als erhalten. So fern die Beschwerdeführerin nun geltend macht (vorstehend E.

2.2) , sie sei eigentlich alleine und erhalte von ihrem Freund keinen Rückhalt und Unterstützung , ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Gerichte praxisgemäss im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die „Aussagen der ersten Stunde“ abstellen , denen in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 1a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis).

Da diese beschwerdeweise vorgebrachten Ausführungen gegensätzlich zu den anlässlich der Begutachtung durch Dr. I.____ getätigten Ausführungen erscheinen, kann die Beschwerdeführerin keine weiteren Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit daraus ableiten.

Zusammengefasst ist gestützt auf das schlüssige Gutachten von Dr. I.____ vom 21.

August

2014 davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin eine Komorbidität von ausreichend erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer zur Schmerzstörung sowohl in Form einer Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert , als auch einer depressiven Störung vorliegt, die ausnahmsweise einen Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess und die Ausübung einer angepassten Erwerbsarbeit als teilweise - nämlich im Umfang von 30 % - unzumutbar erscheinen lassen. Die Prüfung weiterer Kriterien kann unter diesen Umständen entfallen.

6.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin ging bei der erstmaligen Rentenzusprache im Februar 2012 (Urk. 8/33) betreffend das Valideneinkommen vom zuletzt als Pflegefachfrau im J.____ erzielten Lohn aus und rechnete diesen auf ein 100 % Pensum auf , entsprechend Fr. 71'082. -- im Jahr 2010 (vgl. Urk. 8/7 Ziff.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht revisionsweise die Rentenleistungen eingestellt hat.

Bei der ursprünglichen

Zusprache einer ganzen Rente im Februar 2012 (Urk. 8/33)

lagen die folgenden medizinischen Beurteilungen vor:

Die Ärzte des Y.____ stellten in ihrem Bericht vom 18. November 2010 (Urk. 8/6/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline -Typ (ICD-10 F60.31), bestehend seit später

Jugendzeit - rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.01), bestehend seit zwei Jahren

Die Ärzte führten aus, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Psychiatriepflegefachfrau bestehe seit dem 28. Oktober 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). Es bestehe eine emotionale Instabilität, und es komme zu wiederkehrenden suizidalen Handlungen. Die Beschwerdeführerin leide an Impulsivität und

habe Mühe, länger dauernde Beziehungen aufrecht zu erhalten. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (Ziff.

E. 2.10

, Urk. 8/26). Davon ist auch vorliegend auszugehen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.6 % im Jahr 2011, von 0.3 % im Jahr 2012 und von 0.5 % im Jahr 2013 (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 89 Tabelle B 10.2, Ziff. 86-88) resultiert im Jahr 2013 ein Valideneinkommen von rund Fr. 72'082.-- (Fr. 71'082.-- x 1.006 x 1.003 x 1.005). 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihrer an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für

Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E.

4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche

Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/bb, 124 V 321 E.

3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 6.4

Da die Beschwerdeführerin gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. I.____ (vorstehend E.

4.3.2) nur noch Tätigkeiten ohne zuviel Verantwortung ausführen soll, ist für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den

standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten, welche für die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Einschränkungen derzeit in Frage kommen, in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen. Gemäss LSE belief sich der durchschnittliche Lohn von Frauen für alle einfachen und repetitiven Tätigkeiten auf Fr. 4'225.-- im Jahr 2010 (LSE 2010, S. 26 Tabelle TA1, Total, Niveau 4). Dies ergibt bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2013 (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 88 Tabelle B 9.2, Total) unter Berücksichtigung der

Nominallohnentwicklung von 1.0 % im Jahr 2011, 0.8 % im Jahr 2012 und 0.7 % im Jahr 2013 (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S.

89 Tabelle B 10.2, Nominal Total) und des möglichen Arbeitspensums von 70 % ein Invalideneinkommen von rund Fr. 37'931.-- (Fr. 4'225.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.010 x 1.008 x 1.007 x 0.7). 6.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen.

Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3. 2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2).

In Anbetracht dessen, dass vorliegend dem erhöhten Erholungsbedürfnis der Beschwerdeführerin schon mit dem Teilzeitpensum genügend Rechnung

getragen

wurde und auch der Umstand, dass sie keine Aufgaben mit Verantwortung

übernehmen sollte, mit dem Abstellen und auf die Löhne des Anforderungsniveaus gewürdigt wurde, ist kein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt. 6.6

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 72'082.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 37'931.--

resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 34'151.--, was einem Invaliditätsgrad von 47 % entspricht, bei welchem Ergebnis die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine

Viertelsrente hat. 7.

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 30. März 2015 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 7.1

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. 900.-- anzusetzen und ausgangsgemäss

der Beschwerdegegnerin aufzu erlegen .

E. 7.2

Mit Honorarnote vom 19. Mai 2015 (Urk. 10) machte die unentgeltliche Rechtsvertreterin in der Beschwerdeführerin einen Aufwand von total 9.29 Stunden so wie eine Barauslagenpauschale von 3 %

geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) als angemessen, weshalb Rechtsanwältin

Mirjam Stanek Brändle, Winterthur, mit insgesamt Fr. 2'273.50

(inkl. Barauslagen und MWSt) zu entschädigen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 29. Oktober 2014 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin

weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle, Winterthur, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'273.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Schucan

E. 9

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

unten). Eine adäquate medikamentöse Therapie werde zu einer Verbesserung der psychischen Komorbidität und damit zu einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit führen. Bei gutem Verlauf sollte die Versicherte in ein bis zwei Jahren in den freien Arbeitsmarkt entlassen werden können. Die Vorstellung der Versicherten, die Matura nachzuholen und ein Studium zu absolvieren, er scheine etwas unrealistisch. Jedenfalls müsste vorher eine gründliche Evaluation stattfinden (S. 11 oben). Die frühere Tätigkeit im Psychriebereich sei aktuell zu 50 % zumutbar (S.

E. 11

Ziff. 4). In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 70 % arbeitsfähig (S.

E. 13

Ziff. 13). Sie sollte begleitet in die Arbeitswelt eingeführt werden. Möglicherweise sei eine Berufstätigkeit im Pflegebereich angepasst, eher nicht in der Psychiatrie. Die Beschwerdeführerin müsste anfänglich Erholungsmöglichkeiten haben und ihr sollte nicht zu viel Verantwortung übertragen werden (S. 14 Ziff. 3).

Die Behandlung der Beschwerdeführerin sei ungenügend, da diese keiner beruflichen Eingliederung zugeführt werde. Zudem sei eine neuroleptische und antidepressive

Medikamentation erforderlich. Derartige Massnahmen seien als sinnvoll anzusehen, da die Versicherte sich so weiter entwickeln und ihre Arbeitsfähigkeit verbessern könnte (S.

12 Ziff. 8).

Dr. I. ___ führte weiter aus, die Angabe von Dr. D. ___ vom Februar 2014, wonach die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ seit der Jugend bestehe, sei nicht nachvollziehbar, da in früheren Arztzeugnissen davon nicht die Rede gewesen sei. Zudem lägen heute keine Hinweise für einen Borderline vor. Aus der insgesamt gebesserten Situation könne Dr. D. ___ keine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten (S. 15 unten). 4.3 .3

Dr. H. ___ führte in seinem rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 8/58/1-15) aus, in der klinischen Untersuchung hätten diffuse Druckschmerzen, Bewegungsschmerzen aller axialen und vieler peripheren Gelenke, ein hypermobiler Gelenkscharakter und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus imponiert (S. 7 oben).

Die von der Versicherten geschilderten Beschwerden wiesen seit Ende der neunziger Jahre auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin (S. 7 Mitte).

Sie schildere sämtliche Bewegungen aller axialen und vieler peripheren Gelenke in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht werde. Zudem habe die Versicherte eine nicht dermatombezogene

Hyposensibilität ausschliesslich für taktile Reize der gesamten linken Körperhälfte geschildert, was bereits an vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden denken lasse (S. 7 unten f.). Ferner sei auf die allseits normal getesteten Muskeleigenreflexe hinzuweisen. Da die Muskelkraft und die Muskelreflexe allseits normal seien, könne diese als partiell geschilderte Sensibilitätsstörung der gesamten linken Körperhälfte vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-rheumatologisch-neurologisches Krankheitsbild abgestützt werden (S.

8 oben). Die Versicherte habe diffuse Druckschmerzen geschildert, die sämtliche an typischer Lokalisation gelegene Fibromyalgie-Triggerpunkt-Zonen umfassten (S.

8 Mitte).

Die von der Versicherten geschilderten Beschwerden seien bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation sei grundsätzlich zu diskutieren, ob krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion vorlägen (S. 12 Mitte).

Die behandelnde Rheumatologin habe in ihrem Bericht vom Oktober 2013 in der Befundbeschreibung wiederholt auf die Einschätzung der Versicherten mit Druck- und Bewegungsschmerzen hingewiesen. Einen relevanten somatisch-pathologischen Befund habe sie nicht beschrieben. Sie beschreibe auch keine Befunde, die mit einem radikulären Reiz- oder Ausfallsyndrom vereinbar sein könnten. Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, habe in der

früher von der Versicherten ausgeübten beruflichen Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 13 Mitte). Eine relevante Veränderung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei somit seit der rentenberechtigenden Verfügung vom Februar 2012 nicht ausgewiesen, sofern ausschliesslich somatisch-pathologische Befunde und Diagnosen berücksichtigt würden (S. 15 Mitte).

Dr. D.____

führte in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2014 (Urk. 8/67 = Urk. 3/3) zum Gutachten von Dr. I.____ und Dr. H.____

vom 21. August 2014 aus, auch im Bericht der A.____, welchen Dr. I.____ von der Diagnose her habe nachvollziehen können, sei wie in seinem Bericht die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F 60.31) gestellt worden (S. 1). Es sei in der ICD-10 explizit erwähnt, dass eine Diagnosestellung bezüglich Persönlichkeitsstörungen auf möglichst vielen Informationen beruhen müsse. Auch wenn ein Persönlichkeitsbild manchmal durch ein einziges Interview deutlich werde, müssten oft mehr als ein Interview durchgeführt und fremdanamnestic Angaben eingeholt werden. Dr. I.____ habe nicht so der gleichen getan. Eine psychologische Testung auf Persönlichkeitsmerkmale sei ebenso unterblieben (S. 2 oben). Die Beschwerdeführerin habe

am 16. Oktober 2013 einen SKID II Test absolviert, was ein international anerkannter Test zur Bestimmung von Persönlichkeitsmerkmalen und -störungen sei. Sie habe so wohl im Bereich „Borderline“ bei 12/14 Punkten (cutt-off 5/14), als auch in den Bereichen „Depressiv“ und „Zwanghaft“ auf dem jeweiligen cutt-off-Wert gelegen.

Auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. I.____ sei widersprüchlich und in sich nicht logisch (S.

2 Mitte). Zudem sei der Lebensgefährte der Beschwerdeführerin acht Monate im Jahr mit seiner Band international auf Tour und quasi kaum anwesend, weshalb die Beziehung vielleicht seltener Konfliktsituationen beinhalte .

Die beste Freundin der Beschwerdeführerin sei auch aufgrund einer psychischen Störung invalid ; diese Beziehung sei sehr wohl

konfliktuell (S. 2 unten).

Dr. D.____ führte abschliessend aus, das Gutachten erscheine in sich nicht konsistent . Die nun erfolgte psychologische Testung habe einen sehr deutlichen Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung ergeben. Es sei tatsächlich zu einer Besserung im Hinblick auf die depressive Verstimmung gekommen, weshalb die Medikation verändert werden können. Trotzdem sei aus seiner Sicht aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben und allenfalls eine soziale Integration anzustreben mit perspektivisch arbeitsintegrativen Massnahmen (S. 3 oben). 5. 5.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache im Februar 2012 (Urk. 8/33) erfolgte aufgrund der psychiatrischen Einschätzung durch

Dr. E.____ , RAD, welche eine emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung und eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) , diagnostizierte und aufgrund der instabilen und frequent rezidivierenden depressiven Symptomatik mit suizidalen Krisen und selbstschädigendem Verhalten die Beschwerdeführerin generell als zu 100 % arbeitsunfähig erachtete (vgl. vorstehend E. 3. 5 , Urk. 8/27).

Die Beschwerdeführerin ging nun gestützt auf das Gutachten von Dr. I.____ und Dr. H.____ vom August 2014 (vorstehend E.

4. 3) davon aus, dass seit Herbst 2012 von einem verbesserten psychischen Gesundheitszustand ausgegangen werden könne (vorstehend E. 2.1). 5.2

Sowohl das

rheumatologische Gutachten von Dr. H.____ (vorstehend E.

4.3.3) als auch das psychiatrische Gutachten von Dr. I.____ (vorstehend E.

4.3.2)

berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin in geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen und auch ihrem Verhalten umfassend auseinander. Die Gutachten wurden sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchten in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen sind in nachvollziehbarer Weise begründet. Beide Gutachten erfüllen daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.7).

Dr. H.____ konnte aus somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen und hielt einen seit der letzten Rentenzusprache im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand fest, was auch die Beschwerdeführerin nicht bestreitet (vorstehend E).

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