

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00361 vom 8. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00361

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00361 du 8 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00361 del 8 giugno 2016

Erwägungen

E. 1.1

.1

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

[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).

E. 1.1.2

Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung

lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie 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. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Bei Störungen im mittelgradigen depressiven Bereich ist die invalidisierende Wirkung besonders sorgfältig zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_484/2012 vom 26. April 2013 E. 4.3.2.2). Psychische Störungen der hier interessierenden Art gelten nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, hat BGE 141 V 281 nichts geändert (9C_125/2015 E. 7.2.1). (übernommen aus IV.2014.01304)

E. 1.4

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. 1.5

Das sich aus den Angaben der Beschwerdeführerin im Fragebogen vom 18. Juni 2015 (vgl. E. 3.2.2) ergebende – im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung (E. 3.1.4; vgl. auch E. 3.1.7) höher erscheinende – Aktivitätsniveau lässt sich zwar mit der von der Beschwerdegegnerin bislang getroffenen Annahme einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit in der Tat nicht mehr vereinbaren :

Während zum Zeitpunkt der Rentenzusprache noch von einer unstrukturierten Tagessituation gesprochen wurde, gab die Beschwerdeführerin

im Rahmen des Revisionsverfahrens zu ihrem Tagesablauf an, sie erledige den Haushalt, jedoch mit stetigen geplanten Pausen, sie unternehme einen täglichen ein- bis zweistündigen Spaziergang mit ihrem Hund, sie betätige sich soweit möglich sportlich, sie besuche wöchentlich während je einer Stunde einen Pilates- und einen Englischunterricht und sie stehe um 7.30 Uhr auf und versuche, einen geregelten Tagesablauf einzuhalten, wobei ihr Hund, ihre Hausarbeiten und ihre Kursbesuche ihr die täglichen Festpunkte gäben (vgl. E. 3.2.2) .

Dass die Beschwerdeführerin gemäss diesen Angaben nunmehr in der Lage ist, einen geregelten Tagesablauf einzuhalten, lässt jedoch nicht schon darauf schliessen, dass sie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chef(schul) hauswartin wieder uneingeschränkt arbeitsfähig ist. 4.1.6

Demnach erscheint ein Revisionsgrund im Sinne einer Verringerung des Schweregrades der depressiven Störung bzw. im Sinne einer verbesserten Lebensanpassung

zwar überwiegend wahrscheinlich gegeben. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann jedoch – insbesondere mangels eines schlüssigen psychiatrischen (Verlaufs-)Berichtes – nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt der Rentenaufhebung kein invaliden versicherungsrechtlich relevantes psychisches Leiden (mehr) bestand (vgl. E. 1.3). Die rentenaufhebende Verfügung vom 16. Februar 2016 erfolgte somit auf der Basis eines ungenügend abgeklärten medizinischen Sachverhaltes. 4.1.7

Unter diesen Umständen erübrigt es sich zu prüfen, ob – wie die Beschwerdegegnerin zunächst angenommen hatte (vgl. [erster] Vorbescheid vom 8. September 2015, Urk. 7/134) – die rentenzusprechende Verfügung vom 1. November 2012 als offensichtlich unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinn zu erachten ist. Da der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt der Revisionsverfügung ungenügend abgeklärt ist, könnte diese ohnehin nicht mit dieser Begründung geschützt werden (vgl. E. 1.1.2). 4.2

4.2.1

Nach ständiger Rechtsprechung ist in der Regel eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich im Rahmen der Selbsteingliederung zu verwerten. Bei Versicherten, die bei der revisions- oder wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahr vollendet haben oder die eine

Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweisen, ist - von Ausnahmen abgesehen - eine Selbsteingliederung indes nicht mehr zumutbar (vgl. statt vieler, Urteil des Bundesgerichts 9C_58/2016 vom 11. Mai 2016 E. 5.1 mit Hinweisen). Dies ist vorliegender Fall. Die Beschwerdeführerin stand im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in ihrem 58. Lebensjahr. 4.2.2

Die Beschwerdegegnerin hätte demnach die Eingliederungsfrage prüfen müssen. Dass sie davon ausging, es liege kein invalidisierendes Leiden mehr vor (mit der Folge, dass sie die angestammte Tätigkeit mit gleichem Lohn wieder verrichten könnte), ändert daran nichts, wird doch die Notwendigkeit beruflicher Massnahmen zur Verwertung des Leistungspotentials dadurch nicht tangiert (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_58/2016 vom 11. Mai 2016 E. 5.3). Ausserdem ist nicht ersichtlich, dass ein Ausnahmefall im Sinne der zitierten Rechtsprechung (vgl. E. 4.2.1) vorliegen könnte. Die besagten Angaben der Beschwerdeführerin vom 18. Juni 2015 im Fragebogen betreffend die Auswirkungen der Auswirkungen im privaten und beruflichen Alltag (Urk. 7/131; vgl. E. 3.2.2) lassen jedenfalls nicht schon den Schluss zu, sie könne sich trotz Vollendung des 55. Altersjahrs ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. 4.2.3

Demnach sind die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen für eine revisionsweise Rentenaufhebung als nicht erfüllt zu betrachten. 4.3

Die angefochtene Verfügung ist deshalb in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin über den 31. März 2016 hinaus Anspruch auf die bisherige ganze Rente hat. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie einen psychiatrischen Verlaufsbericht einhole (vgl. E. 4.1), die Verwertbarkeit der allenfalls wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit prüfe und die nach den konkreten Umständen sich als unerlässlich herausstellenden Eingliederungsmassnahmen an die Hand nehme, sofern und soweit deren Voraussetzungen erfüllt sind. Danach hat die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen. 5.

Mit dem Entscheid in der Sache wird das Gesuch der Beschwerdeführerin um aufschiebende Wirkung gegenstandslos (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_68/2015 vom 24. April 2015 E. 5.2 und E. 6). 6.

6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht Anspruch auf eine Prozessentschädigung, die unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 1'700.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. Februar 2016 aufgehoben und festgestellt, dass die Beschwerdeführerin über den 31. März 2016 hinaus Anspruch auf die bisherige ganze Rente hat. Die Sache wird an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese,

nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin 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. 1700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Marianne Ott - 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 Der Gerichtsschreiber Hurst Hausammann

E. 1.6

Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 1.7

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom Invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 140 V 193

; 130 V 352

E. 2.2.5). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (BGE 127 V 294

E. 5a; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016). 1.

E. 2

Gegen diese Verfügung legte die Versicherte mit Eingabe vom 18. März 2016 Beschwerde ein und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei festzustellen, dass ihr weiterhin ganze IV-Renten zustünden, basierend auf einem IV-Grad von 70%. Eventuell sei eine unabhängige, externe medizinische Begutachtung anzuordnen, umfassend zumindest die Disziplin Psychiatrie, eventuell weitere somatisch notwendige Fachrichtungen, bevor neu über den Invaliditätsgrad entschieden werde. Subeventuell sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und durchzuführen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der aufschiebenden Wirkung (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin am 17. Juni 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, bei der Rentenzusprache habe die Beschwerdeführerin an einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode gelitten, wohingegen gegenwärtig noch von einer mittelgradigen Episode auszugehen sei. Zudem besitze sie erhebliche Ressourcen, die zu einer geregelten Struktur geführt hätten. Es sei folglich eine massgebende Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten und es liege gegenwärtig kein invalidenversicherungsrechtlich massgebender Gesundheitsschaden mehr vor

(Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber wurde in der Beschwerde geltend gemacht, aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters vom 13. April 2015 ergebe sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin: die Schilderung der Befunde sei insgesamt nicht geringfügiger als im ursprünglichen Gutachten, es würden zwei neue Diagnosen gestellt und die Arbeitsunfähigkeit sei von 70% auf 100% angestiegen. Trotzdem habe die Beschwerdegegnerin keine weiteren medizinischen Abklärungen veranlasst, nicht einmal eine Beurteilung des Berichts des behandelnden Psychiaters durch den RAD. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands sei keineswegs ausgewiesen. Bevor überhaupt eine Aufhebung der Rente in Frage komme, wären vorliegend jedenfalls Eingliederungsmassnahmen zu prüfen (Urk. 1).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort brachte die Beschwerdegegnerin vor, entscheidend sei neben der Feststellung, dass sich das depressive Geschehen als nicht stationär erwiesen habe, dass es der Beschwerdeführerin seit dem letzten materiellen Entscheid gelungen sei, sich an ihr Leiden und die Situation anzupassen. Während sie bei der Rentenzusprache berichtet habe, Mühe damit zu haben, den Tag zu gestalten und Freizeitaktivitäten auszuüben, gehe sie

heute diversen Tätigkeiten nach. Aus der aktuellen Zumutbarkeitsprüfung ergebe sich entgegen den Angaben des behandelnden Psychiaters keine nachvollziehbare Einschränkung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6) 3.

Es ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben ist. Die Frage, ob im Spektrum der anspruchserheblichen Tatsachen eine zur Anpassung des Rentenanspruchs führende Veränderung eingetreten sei, ist im Vergleich mit den Verhältnissen zur Zeit der letzten rechtskräftigen Verfügung zu beurteilen, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechts konformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (E. 1.1). Referenzzeitpunkt ist demnach hier die Verfügung vom 1. November 2012, mit welcher der Beschwerdeführer in

mit Wirkung ab 1. Juni 2010 eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden war (Urk. 7/102 [Verfügungsteil 2], 7/119).

E. 3

.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

9

RAD-Ärztin

Dr. med.

O.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer Stellungnahme vom 29. Dezember 2011 zur mit der Feststellung, wonach die Beschwerdeführerin die ihr auferlegte Schadenminderungspflicht nicht erfüllt habe, verbundenen Anfrage der Beschwerdegegnerin fest, es könne seit 1. Dezember 2011 in Anbetracht der vorliegenden Aktenlage abschliessend von einer fortdauernden 70%igen Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hauswartin sowie in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden. Das Nichtmitwirken an der Schadenminderungspflicht könne im Rahmen der vorliegenden strukturellen Persönlichkeitsdefizite, das heisse der Persönlichkeitsstörung, als krankheitsbedingt gewertet werden, bei verminderter Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit sowie depressiver Symptomatik. Die Schadenminderungspflicht solle sistiert werden, da hierdurch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erzielt werden könne (Urk. 7/91/9).

E. 3.1.1

0

Gestützt auf die medizinische Aktenlage (vgl. E. 3.1.1 bis E. 3.1.9) –

insbesondere auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ – sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. November 2012 unter Hinweis darauf, dass an der Schadenminderungspflicht nicht festgehalten werde, ab 1. Juni 2010 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 7/102 [Verfügungsteil 2], Urk. 7/119).

E. 3.1.2

H.____, lic. phil. Psychologie, Psychotherapeut SPV,

gab in seinem Bericht zur Psychotherapie der Beschwerdeführerin vom 26. Mai 2009 (Urk. 7/27) an, die Beschwerdeführerin sei zu Beginn extrem erschöpft gewesen und es sei ihr sehr schwer gefallen, über seelische Vorgänge zu sprechen. Die Symptome seien sehr stark gewesen: Vergesslichkeit, Schlafstörungen, Erschöpfung, Schwindel, Niedergeschlagenheit, Verwirrung, Appetitlosigkeit sowie Sinnlosigkeit. Sie sei mit Fluoxetin (40mg) behandelt worden, was die Stimmung aufgehellt, die körperliche Erschöpfung aber kaum zu beeinflussen vermocht habe (Urk. 7/27/1). Als Diagnose nannte Psychologe H.____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) im Sinne einer Erschöpfungsdepression bzw. eines Burnout-Syndroms auf dem Hintergrund einer ausgeprägten Alexithymie (Differentialdiagnose: leichte Form einer autistischen Störung). Zur Arbeitsfähigkeit führte lic. phil. H.____ aus, diese sei zurzeit immer noch sehr gering (20%), er rechne jedoch mit einer Steigerung im Laufe des Jahres. Wichtig sei, dass die Beschwerdeführerin eine angemessene Behandlung erhalte, die ihre Alexithymie berücksichtige (Urk. 7/27/2).

E. 3.1.3

Im Bericht der B.____ (B.____) vom 13. September 2010 zuh. an den der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/72) wurden eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) sowie andere physische oder psychische Belastungen in Zusammenhang mit der Arbeit (ICD-10 Z56.6) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine genannt (Urk. 7/72/2).

Die Medikation beim Austritt aus der B.____

habe

sich wie folgt zusammengestellt: Cipralextabletten 10 mg 2-0-0-0, Ritalin Tablette

E. 3.1.4

Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. C.____ vom 1. Dezember 2010 (Urk. 7/77) können folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 7/77/24): - Anhaltende mittelgradige bis knapp schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom und flüchtigem Depersonalisationserleben (ICD-10 F32.11), entwickelt aus einem ursprünglichen Burnout bei belasteter beruflicher Situation (ICD-10 Z73.0) - anamnestic einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - akzentuierte emotional unreife und narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Dr. C.____ führte im Rahmen der Beurteilung aus, es habe sich ein unbefriedigendes stagniertes depressives Selbsterleben etabliert, die Beschwerdeführerin widme sich einer ungenügend intensiv aktivierenden "vita

minima" mit zu wenig Strukturgebung und einem ambulanten psychotherapeutischen und ergotherapeutischen Therapiekonzept, das an sich seit Beginn des depressiven Einbruchs, wie die thymoleptische Medikation mit einem SSRI auch, weitgehend unverändert geblieben sei. Auf der psychopathologischen Ebene seien anlässlich der Begutachtung eine mittelschwere Affektpathologie (niedergeschlagen, verzweifelt, Affektstarre bzw.

reduzierte affektive Modulationsfähigkeit, aber auch Dysphorie, Ungeduld, Reizbarkeit), zentrale Scham- und Insuffizienzgefühle, leichte bis mittelgradige formale und inhaltliche Denkstörungen, anamnestisch Konzentrationsstörungen, vor allem aber eine tiefgreifende Verunsicherung, verminderte Entscheidungs-

und Handlungsfähigkeit, Schlaf- und Appetenzstörungen, eine Vitalitätsstörung sowie eine sozial karge Aktivitätsspanne, mit gegenwärtig auch latenter Suizidalität, festzustellen. Die eigene Affektivität werde dabei nur ungenügend wahrgenommen, wobei dies auch ein Schutz-/Verdrängungsmechanismus gegen das interaktionell durchaus spürbare Aggressions- und Wutpotential auf narzisstischer Ebene sein dürfte. Der mittelschweren bis knapp schweren Grad der depressiven Krankheitskomponente werde dabei durch die Scores auf der MADRS- und HAM-D Skalen psychometrisch belegt (Urk. 7/77/23 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit führte die Expertin aus, die Beschwerdeführerin sei in ihrer Tätigkeit als Chef(schul)hauswartin im Oktober 2008

an einem (rein arbeitsbezogenen) Burnout erkrankt, dies auf dem Hintergrund einer wohl im Persönlichkeitsinventar angelegten ungenügenden Konfliktfähigkeit

und einer sich in den letzten paar Jahren aufbauenden Überforderung in einem strukturell schwierigen Arbeitsumfeld, bei knapp kompensierter Störung der Aufmerksamkeitsfokussierung und Handlungsplanungsfähigkeit. Der Burnout habe sich im weiteren Verlauf, durch anhaltende Konflikthaftigkeit am Arbeitsplatz, in eine eigenständige mittelschwere bis schwere depressive Episode verselbständigt, die nach initialer Teilremission in der ersten Jahreshälfte 2009, ab Juli 2009 wieder re-exazerbiert sei. Zum Zeitpunkt der Begutachtung rechtfertige das psychopathologische Zustandsbild der mittelschweren bis knapp schweren depressiven Episode in Kombination mit der erschwerten Bewältigungsfähigkeit aufgrund der - in Zeiten der psychischen Dekompensation relevanten - einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, die Annahme einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit (70%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Dezember 2010) in der angestammten Tätigkeit. Für den Krankheitsverlauf seit Oktober 2008 sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 21. Oktober 2008 bis 4. Januar 2009, eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit vom 5. Januar 2009 bis 22. Februar 2009, eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit vom 23. Februar 2009 bis 27. April 2009, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vom 28. April 2009 bis 2. Juni 2009 und eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit vom 2. Juni 2009 bis 15. Juli 2009 rekonstruierbar. Ab 16. Juli 2009 sei die Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt der Begutachtung (bis und mit 30. November 2010) vorwiegend, zu 100%, arbeitsunfähig geblieben. Seit 1. Dezember 2010 liege eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Theoretisch-medizinisch sei eine 30%ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich ab sofort zumutbar (Urk. 7/77/25).

Da die Depressionserkrankung nicht nur den Antrieb und die Vitalität, sondern auch die Kognition, die gedankliche Flexibilität und die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit etc. betreffe, könne keine angepasste Tätigkeit benannt werden, die zu einer höheren Arbeitsfähigkeit als in der angestammten Tätigkeit (Hauswartin) führen würde. Generell liege gegenwärtig seit dem 1. Januar 2010 in der freien Wirtschaft eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit vor, auch der zeitliche Verlauf entspreche demjenigen der angestammten Tätigkeit. Prinzipiell könne aus medizinischer Sicht die angestammte Tätigkeit als Hauswartin als eine dem Leiden angepasste Tätigkeit bezeichnet werden (Urk. 7/77/26).

Zu den Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führte Dr. C.____ aus, die Beschwerdeführerin befinde sich aktuell, seit Klinikaustritt Mitte August 2010, bedauerlicherweise in einer unstrukturierten Tagessituation, die wohl auch entscheidend zur Stagnation des psychopathologischen Zustandsbildes beigetragen haben dürfte. Der Beschwerdeführerin

sei bis anhin kein Perspektivenwechsel (aus der Opferrolle) möglich, zudem bliebe auch die bange Erwartung der Kündigung, gleichzeitig auch Symbol eines unentschiedenen, nicht abgeschlossenen Konfliktes. Dringend zu etablieren sei gegenwärtig eine therapeutische Tagesstruktur (psychiatrische Tagesklinik), damit sich die (mit der Selbststrukturierung überforderte) Beschwerdeführerin wieder zumindest auf das bei ihrem Klinikaustritt objektiv festgehaltene verbesserte Zustandsniveau stabilisieren könne, wonach mit Priorität erneut berufliche Massnahmen (Belastbarkeitstraining, Berufsberatung, Arbeitsvermittlung) durchzuführen seien. Die teilstationäre Stabilisierungsphase dürfte zwischen drei und sechs Monaten beanspruchen, wonach von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit, und damit auch beruflichen Reintegrationsfähigkeit, auszugehen sei.

sei. Gerade der narzisstische Verarbeitungsmodus und die Motivation der Beschwerdeführerin liessen ein Gelingen einer eigentlichen arbeitsreintegrativen Massnahme mit intensivem Coaching und bei guter therapeutischer Begleitung als durchaus realistisch erscheinen. Es sei auf eine sehr individuelle Begleitung, mit langsamen Entwicklungsschritten und behutsamem Coaching zu achten. In der aus arbeitsmedizinisch dringend zu empfehlenden intensivierten teilstationären Behandlungsphase sei auch die medikamentöse Behandlungsoptimierung, die bis anhin verwahrlost worden sei (wohl auch, weil die ambulante Behandlung mehrheitlich in den Händen nicht-ärztlicher Therapeuten sei), zu fokussieren. Das Zustandsbild der Beschwerdeführerin habe unter der mittlerweile über ein einhalbjährigen Gabe von Cipralext (SSRI) in stets gleichbleibender Dosierung stagniert. Anamnestisch seien ansonsten nur kurz Remeron (Gewichtszunahme) und (tiefdosierte) Tryptizol eingesetzt worden. Es stehe eine Palette von Antidepressiva (SNRI, SSRI, RIMA, NASSA, NARI, I-MAO, Tri- und Tetrazyklike, MT-Agonist) und Enhancern (Lithium, Lamotrigin) zur Verfügung, die in Betracht zu ziehen seien (Urk. 7/77/26 f.).

E. 3.1.5

Dem

- dem Gutachten beiliegenden

- vertrauensärztlichen Bericht von Dr. med. L.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, vom 2. Juli 2010,

zuhanden der Pensionskasse der Stadt Z.____, kann entnommen werden, dass im Gespräch eine schwere Depression zum Ausdruck gekommen sei. Die Beschwerdeführerin sei in diesem Zusammenhang seit dem 15. Juli 2009 zu 100% berufsunfähig (Urk. 7/77/32).

E. 3.1.6

RAD-Arzt Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, zertifizierter Gutachter SIM, nahm am 12. Januar 2011 Stellung zum Gutachten von Dr. C.____. Er führte aus, für den Umfang und die Daten der Arbeitsunfähigkeit könne dem Gutachten gefolgt werden, gemäss welchem die Arbeitsfähigkeit mit einer fachärztlich geleiteten teilstationären

Psycho- und Psychopharmakotherapie innert 3-6 Monaten auf 50 % gesteigert werden könne. Da diese Beurteilung überzeugend wirke, schlage er vor, diese Massnahme als Schadenmin derungspflicht aufzuerlegen, auch wenn man in der Regel mit der Auferlegung von stationären Massnahmen sehr zurückhaltend sei (Urk. 7/91/7 f.).

E. 3.1.7

N.____, diplomierte Ergotherapeutin FH, MAS Psychosoziale Beratung, führte im ergotherapeutischen Verlaufsbericht vom 17. Februar 2011 (Urk. 7/80) aus, die Beschwerdeführerin führe ihren Haushalt nicht regelmässig, gehe wenig regelmässiger Freizeitgestaltung und auch wenig sportlichen Aktivitäten nach, pflege wenig soziale Kontakte, meist nur zu ihrer Familie, vorwiegend zu ihrem Partner (der aber 100 % arbeite und daher ganztags ausser Hause sei). Sie gehe keiner bezahlten und momentan auch keiner Freiwilligenarbeit mehr nach (Urk. 7/80/1).

E. 3.1.8

Dem Bericht von Dr. D.____ vom 14. November 2011 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 9. Januar 2012 ; Urk. 7/90) können die Diagnosen einer depressiven Episode mit somatischem Syndrom, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F32.1), einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), eines Verdachts auf eine dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F44.9) sowie von akzentuierten emotionalen unreifen und narzisstischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) entnommen werden (Urk. 7/90/1). Zur gegenwärtigen Behandlung notierte Dr. D.____: „Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, wöchentlich, Psychopharmakotherapie, zusätzlich wöchentliche Teilnahme an einem dialektisch-behavioralen

Fertigkeitentraining (DBT- Skillsgruppe), ambulante psychiatrische Einzelergotherapie (wöchentlich), sowie eine ergotherapeutisch-psychiatrische Aktivierungsgruppe und Teilnahme an einem ambulanten Gruppentraining zur Förderung der sozialen Kompetenz. “ Ausserdem besuche die Beschwerdeführerin eine ADHS-Selbsthilfegruppe sowie eine Selbsthilfegruppe zur Förderung von Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit. Hinsichtlich der aktuellen Medikation notierte Dr. D.____: „, Cipralax 20 mg/die, Ritalin 60 mg/die, Trittico 50 mg/die“ (Urk. 7/90/2).

E. 3.2.1

Dem – im Rahmen des Revisionsverfahrens eingeholten – Bericht von Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. April 2015 (Urk. 7/129 [= Urk. 3/5]) können folgende Diagnosen entnommen werden (Urk. 7/129/1) : - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - Angststörung im Sinne einer spezifischen Phobie mit Klaustrophobie und Vermeidung gewisser Situationen und Personen (ICD-10 F40.2) - komplexe Traumafolgestörung (ICD-10 F43.8)

Zur Medikation notierte Dr. P.____: „, Cipralax 10 mg, erneute Steigerung bis 20 mg geplant, Ritalin 60 mg/d, Trittico 100-150 mg/d“. Zur gegenwärtigen Behandlung führte Dr. P.____ an, die Beschwerdeführerin sei bei ihm in wöchentlicher Einzelbehandlung. Er habe die Behandlung von Dr. D.____ im Oktober 2013 auf Wunsch der Beschwerdeführerin übernommen. Die Ergotherapie bei Frau N.____ habe die Beschwerdeführerin im Mai 2014 abgeschlossen (Urk. 7/129/1).

Zu den Befunden hielt der behandelnde Facharzt weiter fest, die 56 - jährige Beschwerdeführerin sei aktuell wieder stark niedergestimmt, freudlos, interesselos, verzweifelt und hoffnungslos. Sie habe zeitweise keinen Lebenswillen mehr, habe aber keine konkreten Suizidpläne. Die Beschwerdeführerin lasse sich (verstärkt bei Belastung) leicht ablenken oder sei in ihrer Aufmerksamkeit hyperfokussiert, mit der Folge, dass sie nichts mehr, auch sich selber oder die Uhrzeit, wahrnehme. Immer wieder komme es in Situationen, in welchen sich die Beschwerdeführerin eingeengt fühle und keinen „Fluchtweg“ mehr sehe, zu panikartigen Angstattacken. Die Beschwerdeführerin vermeide nach wie vor sehr stark alles, was an die frühere Arbeitsstelle als Hauswartin erinnere: Sie weiche Schulhäusern oder anderen Orten in der Stadt aus, und sie fürchte sich davor, Menschen aus dieser Zeit zu begegnen. Das Aktivieren von Erinnerungen an diese Zeit löse heftige emotionale Reaktionen (Schmerz, Trauer, intensive Ängste) aus, zum Teil führe dies zu körper-dissoziativen Zuständen, in welchen sich die Beschwerdeführerin gar nicht mehr richtig spüre. Nach wie vor falle es ihr schwer, sich selber, eigene Bedürfnisse und die eigenen Grenzen richtig wahrzunehmen. Immer wieder komme es an ihre Grenzen. Sie sei aktuell immer wieder schnell überfordert und destabilisiert (Urk. 7/129/2).

Zur Arbeitsfähigkeit berichtet e

Dr. P.____, in der angestammten Tätigkeit als Hauswartin sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Zu einer angepassten Tätigkeit hielt er fest, er erlebe die Beschwerdeführerin als nicht wirklich belastbar. Er könne sich nicht vorstellen, wie sie einer regelmässigen ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen können sollte, ohne dass sich der Zustand (emotionale Instabilität, dann auch die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung) rasch verschlechtern würde (Urk. 7/129/2).

E. 3.2.2

Dem von der Beschwerdeführerin am 18. Juni 2015 ausgefüllten Fragebogen betreffend die Auswirkungen der Einschränkungen im privaten und beruflichen Alltag (Urk. 7/131) lässt sich entnehmen, dass sie die wenigen vertrauten Kontakte sehr gern pflegt. Allen anderen stehe sie mit mangelndem Vertrauen sehr reserviert und vorsichtig gegenüber. Zu ihrem Tagesablauf führte die Beschwerdeführerin aus, sie erledige den Haushalt, jedoch mit stetigen geplanten Pausen, sie unternehme einen täglichen ein- bis zweistündigen Spaziergang mit ihrem Hund, was ihr sehr viel gebe,

sie betätige sich sportlich, soweit dies mit defektem Knie überhaupt möglich sei, sie besuche wöchentlich während je einer Stunde einen Pilates - sowie einen Englischunterricht. Sie stehe um 7.30 Uhr auf und versuche, einen geregelten Tagesablauf einzuhalten. Ihr Hund, ihre Hausarbeiten und ihre Kursbesuche gäben ihr die täglichen Festpunkte. Ausgehen sei nur in Begleitung ihres Partners möglich (Urk. 7/131/5).

Die Beschwerdeführerin notierte

zur täglichen Medikation sodann : ,,

E. 3.4

, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 2.

E. 8

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache

eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrative Expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der –

anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE

137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E.

E. 10

mg Cipralex, 20 mg Trittico, 40-60 mg Ritalin, 4-6 Tropfen Laxoberon, Calcium + VD3 Tropfen“ (Urk. 7/131/6). 4. 4.1

4.1.1

Wie eingangs dargelegt, gibt Anlass zur Rentenrevision jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der Zusprechung 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 Erwerbsbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhaltes neu und ohne Bindung an frühere Einschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Berichts hängt folglich wesentlich davon ab, ob er sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhaltes bezieht. Einer medizinischen Beurteilung man gelt es daher am erforderlichen Beweiswert, wenn

sich die (von einer früheren abweichende) Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichtes 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3 mit Hinweisen) . 4.1.2

Die Beschwerdegegnerin holte anlässlich des Revisionsverfahrens in medizinischer Hinsicht einzig den Bericht von Dr. P.____ vom 13. April 2015 ein (Urk. 7/129). Dieser vermag dem rechtlich erforderlichen Beweiswert unter einem revisionsrechtlichen Blickwinkel klar nicht zu genügen, machte Dr. P.____ doch darin lediglich Angaben zu den aktuellen Befunden und Diagnosen sowie zur aktuellen Arbeitsfähigkeit. Angaben zum Verlauf, namentlich auch zu den seit der Rentenzusprache

im Einzelnen vorgenommenen Behandlungsbemühungen machte er nicht. Er erwähnte lediglich, dass die Beschwerdeführerin die Ergotherapie im Mai 2014 abgeschlossen hat und sich aktuell einmal wöchentlich bei ihm einer Einzelbehandlung unterziehe und medikamentös behandelt werde. 4.1.3

Da Dr. P.____ weder einen vollständigen Psychostatus erhob, noch seine Schlussfolgerung (100%ige Arbeitsunfähigkeit, die Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht verbessern) – nachvollziehbar – begründete, stellt sein Bericht auch für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes keine zuverlässige Beurteilungsgrundlage dar. 4.1.4

Wohl lässt sich aus dem Umstand, dass Dr. P.____ – neben einer einfachen

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, einer Angststörung im Sinne einer spezifischen Phobie mit Klaustrophobie und Vermeidung gewisser Situationen und Personen

und einer komplexen

Traumafolgestörung – nurmehr eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert hat, folgern, dass sich die depressive Symptomatik (leicht) verringert hat. Man gets anderweitiger ärztlicher Angaben kann aber nicht einfach angenommen werden, der – unstrittig nach wie vor bestehende – mittelgradige depressive Zustand sei entgegen der Einschätzung von Dr. P.____ nicht chronifiziert und die Arbeitsfähigkeit liesse sich verbessern. Dies gilt umso mehr, als sich den Akten nicht entnehmen lässt, welche Behandlungen und Medikationen seit der Rentenzusprache im Jahr 2012 ärztlicherseits angeordnet wurden und ob sie von der Beschwerdeführerin konsequent und motiviert verfolgt wurden (vgl. E. 3.2.2) . 4.

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