

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01067 vom 2. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01067](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01067)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01067 du 2 juin 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01067 del 2 giugno 2019

## Erwägungen

### E. 1.1

Die 1967 geborene X.\_\_\_\_, absolvierte die Primar- und Realschule und anschliessend in den Jahren 1985 und 1986 je ein Praktikum im Spital Y.\_\_\_\_ und in der Z.\_\_\_\_ Klinik. Nach der Geburt ihrer Kinder (1986 und 1988) ging sie zunächst keiner (regelmässigen) Tätigkeit nach. Ab 1997 versah sie diverse Stellen, namentlich auch als Verkäuferin/(stellvertretende) Filial- oder Abteilungsleiterin, bei verschiedenen Firmen (Urk. 8/3, Urk. 8/5, Urk. 8/11 und Urk. 8/15). Ab Mai 2008 war sie mit einem Beschäftigungsumfang von 100 % bei der A.\_\_\_\_ als Customer Consultant angestellt (Urk. 8/15/1 und Urk. 8/17/4). Am 19. August 2009 (Eingangsdatum) meldete sie sich unter Hinweis auf ein Burnout bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/5). Die IV-Stelle holte Berichte der behandelnden Ärzte und Ärztinnen (Urk. 8/12, Urk. 8/16, Urk. 8/21, Urk. 8/23) sowie Arbeitgeberberichte (Urk. 8/10, 8/14 und Urk. 8/17) ein und führte ein Standortgespräch durch (Urk. 8/15). Ab dem 20. November 2009 fand bei der A.\_\_\_\_ ein bis Februar 2010 befristeter Arbeitsversuch in B.\_\_\_\_ statt. Anschliessend arbeitete die Versicherte mit einem 60%igen Pensum an ihrem «alten» Arbeitsplatz als Customer Consultant (Urk. 8/18 und Urk. 8/20/4). Am 6. September 2010 löste die A.\_\_\_\_ das Arbeitsverhältnis per Ende November 2010 auf (Urk. 8/25). Nach Bezug eines Verlaufsberichtes der Hausärztin (Urk. 8/31) sowie einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [Urk. 8/34/6; vgl. bereits Urk. 8/34/4-5]) stellte die IV-Stelle, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 40 %, mit Vorbescheid vom 10. Dezember 2010 die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. März 2010 in Aussicht (Urk. 8/36). Am 21. Januar 2011 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass sie via die Regionale Arbeitsvermittlungsstelle (RAV) per 1. Februar 2011 eine Stelle bei C.\_\_\_\_ als Verkäuferin gefunden habe (Urk. 8/39-40; vgl. auch Urk. 8/41). Mit Verfügung vom 14. April 2011 sprach ihr die IV-Stelle – wie vorbeschieden – eine Viertelsrente zu (Urk. 8/44; vgl. Urk. 8/42 [Verfügungsteil 2] und Urk. 8/46 [Verfügung vom 7. Juni 2011 betreffend Rentenanspruch für die zurückliegende Zeit]).

### E. 1.2

Die Versicherte war in der Folge bis Ende April 2011 als Verkäuferin und ab 1. Mai 2011 als stellvertretende Leiterin im Tankstellenshop C.\_\_\_\_ tätig, kündigte jedoch die Stelle per Ende August 2011 (Urk. 8/54/2-3). Am 31. Oktober 2011 (Eingangsdatum) reichte die Hausärztin der Versicherten, Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, ein von der Versicherten mitunterzeichnetes Gesuch um (temporäre) Erhöhung der Rente ein (Urk. 8/50). Anlässlich des von der IV-Stelle am 29. November 2011 durchgeführten Ressourcengesprächs erklärte die Versicherte, sie habe im Tankstellenshop C.\_\_\_\_ schon am ersten Tag zwölf Stunden und in der Folge regelmässig zu viel gearbeitet.

Zudem sei das Pensum per 1. Mai 2011 auf 80 % erhöht worden. Der Arbeitgeber habe dabei absolut keine Rücksicht genommen und den vermehrten Einsatz erwartet. Sie habe die Stelle selbst auf Ende August 2011 gekündigt und sich anschliessend für ca. einen Monat in der Wohnung zurückgezogen. Im August 2011 habe sie zusammen mit ihrer Tochter eine Diplomausbildung in psychologisch-spirituelle Medialität PSM3 begonnen. Der Abschluss sei im Jahr 2013 vorgesehen. In der Zwischenzeit erhoffe sie sich Unterstützung durch die IV bei der Suche nach einer geeigneten Teilzeitstelle (Urk. 8/54/2-3 und Urk. 8/56). Die IV-Stelle holte die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2011 (Urk. 8/59) sowie den Bericht des Psychiazentrums E.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2012 (Urk. 8/64) ein und führte ab Ende Juli 2012 eine Eingliederungsberatung durch. Per 10. September 2012 nahm die Versicherte eine Tätigkeit als Teilzeittreueungskraft auf (Pensum ca. 30 % , Urk. 8/66 und Urk. 8/68). Am 3. Februar 2014 schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung ab (Urk. 8/67). Am 5. Juni 2015 fand eine psychiatrische Untersuchung durch den RAD statt (Urk. 8/80). Mit Schreiben vom 31. August 2015 forderte die IV-Stelle die Versicherte zur Absolvierung einer regelmässigen (wöchentlichen) ambulanten psychiatrischen Behandlung inklusive antidepressiver Medikation auf (Urk. 8/84 ). Am 30. März 2013 berichtete lic .

phil . F.\_\_\_\_ , Eidg. anerkannter Psychotherapeut FSP, über die seit dem 24. Juni 2015 durchgeführte psychotherapeutische Behandlung (Urk. 8/97). Mit Schreiben vom 5. April 2016 wies die IV-Stelle die Versicherte darauf hin, dass die bisherige Behandlung nicht der am 31. August 2015 auferlegten wöchentlichen psychiatrischen Behandlung entsprechen (Urk. 8/99). Daraufhin wurde die Behandlung ab September 2016 durch Klaus F.\_\_\_\_ im Rahmen einer von Dr. med. G.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, delegierten Psychotherapie in wöchentlicher Sitzungsfrequenz durchgeführt (Urk. 8/117/1; vgl. auch Urk. 8/109 und Urk. 8/129/7-8). Nach weiteren medizinischen Abklärungen (Urk. 8/117, Urk. 8/127 und Urk. 8/129/9) sowie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 26. Juni 2017 , Urk. 8/130 ; Einwand vom 24. August 2017, Urk. 8/136) hob die IV-Stelle die Rente mit Verfügung vom 1. September 2017 auf Ende Oktober 2017 auf (Urk. 2 = Urk. 8/140).

### **E. 1.2.1**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

### **E. 1.2.2**

Die Annahme einer rentenbegründenden Invalidität setzt eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich einschränkt (so schon BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C\_725/2018 vom 6. März 2019 E. 5.3.1). Für die Beurteilung,

ob ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt, kommt es zwar nicht in erster Linie auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Massgebend sind in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (so schon BGE 127 V 294 E. 4c). Dies entbindet jedoch nicht vom Erfordernis, dass überhaupt eine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann, zu deren Nachvollziehbarkeit für die rechtsanwendenden Behörden die sachverständige Person wenigstens kurz darzulegen hat, welche der charakterisierenden Kriterien inwiefern und wie ausgeprägt gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_725/2018 vom 6. März 2019 E. 5.3.1 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 1.2.3**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE

140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE

143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweislasternde versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2.4**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) -

Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.2.5**

Unverändert gilt, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst. 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. In diesem Sinne verselbständigte Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1 mit Hinweis und 9C\_648/2017 vom 20. November 2017 E. 2.3.1.).

### **E. 1.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

### **E. 1.4**

.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich der Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4.2**

Der Revisionsordnung nach Art. 17 ATSG geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückzukommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (sogenannte Wiedererwägung; Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 144 I 103 E. 2.2, 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung mit dieser substituierten Begründung schützen (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368 E. 2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

Zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinn ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2017 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil 9C\_621/2018 vom 27. November 2018 E. 4.1 mit Hinweis).

#### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

## **E. 1.7**

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der

Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigen Gutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten ( BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt ( BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen zu denen die RAD-Berichte gehören - nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE

139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

2.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 2. Oktober 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventuell sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin weiterhin mindestens eine Viertels-Invalidenrente zu gewähren. Subeventualiter sei eine fachmedizinische Abklärung durchführen zu lassen, worauf neu zu entscheiden sei (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. November 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführer in mit Verfügung vom 15. November 2017 angezeigt wurde (Urk. 9).

Mit Beschluss vom 17. Mai 2019 setzte das hiesige Gericht der Beschwerdeführerin

Frist an, um zu einer allfälligen Substitution der Entscheidung Stellung zu nehmen (Urk. 10). Mit Eingabe vom 12. Juni 2019 erstattete die Beschwerdeführerin ihre diesbezügliche Stellungnahme und hielt vollumfänglich an den gestellten

Rechtsbegehren fest (Urk. 12).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen, dass sich unter der von ihr auferlegten intensiven Therapie der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe. Die Einschätzung von RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, sei aus rechtlicher Sicht geprüft worden. Eine Diagnose, die die Arbeitsunfähigkeit längerdauernd und erheblich einschränke, bestehe nicht mehr. Die Depression sei in Remission und eine Verdachtsdiagnose könne keine Arbeitsunfähigkeit begründen (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Dahingegen vertritt die Beschwerdeführerin den Standpunkt, es liege noch dieselbe medizinische Situation wie vor der Berentung vor. Allerdings bestehe neuer Verdacht auf eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD 10 F 62.0) als Folge der schwer

traumatisch erlebten Erfahrung im Kindes- und Jugendalter und Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z 61.2) mit der Folge der Ausbildung einer ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsstruktur. Dieser Verdacht sei vor einer Renteneinstellung abzuklären. Auch RAD Arzt Dr. H. \_\_\_ gehe in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2017 unmissverständlich von einer leichten Verbesserung des Gesundheitszustandes mit einer weiterbestehenden 40%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Die Basiserkrankung bestehe weiterhin. Konkret lasse jede Erwerbstätigkeit die Beschwerdeführerin in eine Stresssituation gleiten, was eine depressive Reaktion (Überlastung und Burnout) zur Folge habe, weshalb sie augenscheinlich nicht arbeitsfähig sei. An der Stressintoleranz, welche bereits vor der Berentung als Hauptproblem gegolten hat, habe sich nichts geändert (Urk. 1 S. 4-5).

### **E. 3**

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. 1. 1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ ATSG ] ) . Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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. 3.1.1**

Im Zeitpunkt der Rentenzusprache (April 2011) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

#### **E. 3.1.2**

Gemäss Bericht von med. pract . I. \_\_\_ , Oberärztin m.e.V . an der Privat klinik J. \_\_\_ , und lic. phil. K. \_\_\_ , Psychologin, an die Beschwerde gegnerin vom 1. Dezember 2009 hatte sich die Beschwerdeführerin vom 9. März bis 24. April 2009 einer stationären Behandlung in der Privatklinik J. \_\_\_ unterzogen. Oberärztin med. pract . I. \_\_\_ und Psychologin K. \_\_\_ führten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), bestehend seit ca. 2,75 Jahren, an und attestierten ihr für ihre Tätigkeit als Sachbearbeiterin vom 29. (gemeint wohl: 9.) März bis 29. April 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bei Klinikaustritt habe die Beschwerdeführerin noch unter einem erhöhten Angsterleben und depressiven Symptomen gelitten. Anforderungssituationen im beruflichen Umfeld hätten zum damaligen Zeitpunkt zu erneuten Einbrüchen, einhergehend mit erhöhtem Angst erleben, führen können. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit könne von ihnen aufgrund fehlender Angaben zum Verlauf nicht beurteilt werden (Urk. 8/16).

### **E. 3.1.3**

Dr. D.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 8. September 2009 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) an. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der A.\_\_\_\_ sei sie seit dem 9. März 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer weniger belastenden Aufgabe könne die Beschwerdeführerin voll eingesetzt werden ( Urk. 8/12).

### **E. 3.1.4**

L.\_\_\_\_, Psychotherapeutin SPV, hielt in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 2. Juli 2010 fest, die Beschwerdeführerin sei von Juni bis November 2009 bei ihr in Behandlung gewesen. Die Beschwerdeführerin sei damals krankgeschrieben gewesen. Sie habe sich deswegen unter Druck gefühlt und immer wieder Panikgefühle gehabt. Nachdem ihr seitens der A.\_\_\_\_ angeboten worden sei, sich zu bewähren, habe die Beschwerdeführerin die Behandlung abgebrochen. Ihr Problem scheine ihr gelöst gewesen zu sein (Urk. 8/23).

### **E. 3.1.5**

In ihrem Verlaufsbericht vom 13. Juli 2010 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass aktuell in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bestehe. Diese könne voraussichtlich im August auf 70 % erhöht werden. Die Beschwerdeführerin habe wieder an ihren alten Arbeitsplatz (bei der A.\_\_\_\_) zurückkehren können, stosse aber immer noch rasch an ihre Grenzen und sei rasch überfordert ( Urk. 8/21).

### **E. 3.1.6**

RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 26. August 2010 fest, aus den vorliegenden Berichten gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin seit März 2010 an ihrem alten Arbeitsplatz wieder in einem 60%-Pensum arbeiten könne. Dies sei offenbar mit interner Unterstützung und Weiterbildung möglich. Eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit werde laut den Berichten angestrebt. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass vom 9. März 2009 bis 23. November 2009 eine 100%ige und vom 24. November 2009 bis 19. März 2010 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger wie angepasster Tätigkeit bestanden habe. Seither sei die Beschwerdeführerin zu 40 % arbeitsunfähig ( Urk. 8/34/5-6; vgl. auch Urk. 8/34/4).

### **E. 3.1.7**

Laut dem Verlaufsbericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 30. November 2010 ist die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem 20. März 2010 zu 40 % arbeitsunfähig. Jeglicher Druck am Arbeitsplatz löse bei der Beschwerdeführerin Panik und psychosomatische Symptome aus. Im Moment könne die Beschwerdeführerin ein Pensum von 60 % bewältigen. Eine Steigerung an einem anderen Arbeitsplatz sei durchaus denkbar ( Urk. 8/31).

### **E. 3.1.8**

RAD-Arzt Dr. M.\_\_\_\_ stellte in seiner Stellungnahme vom 7. Dezember 2010 fest, dass nach wie vor seit dem 20. März 2010 in bisheriger und angepasster Tätigkeit eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Für eine angepasste Tätigkeit sei die Angabe einer gewissen Stressintoleranz zu berücksichtigen. Aufgrund des Berichtes von Dr. D.\_\_\_\_ (vom 30. November 2010) sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit möglich, sodass eine

medizinische Neubeurteilung in ca. einem Jahr vorgeschlagen werde (Urk. 8/34/6).

### **E. 3.2.1**

Im Rahmen des – aufgrund des Gesuchs der Beschwerdeführerin vom 31. Oktober 2011 (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2) – eingeleiteten Revisionsverfahrens wurden im Wesentlichen die folgenden Arztberichte erstattet:

### **E. 3.2.2**

Dr. D.\_\_\_\_ führte in ihrem Verlaufsbericht vom 14. Dezember 2011 (Urk. 8/59) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), eine Stressintoleranz und eine Unfähigkeit sich abzugrenzen an. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin sei sie ab 1. November 2001 (richtig: 2011) zu 60 % arbeitsunfähig. Zu 40 % mit tageweisen Unterbrüchen zur Erholung sei ihr die bisherige Tätigkeit zumutbar.

### **E. 3.2.3**

Med. pract. N.\_\_\_\_, Oberärztin am Psychatriezentrum E.\_\_\_\_, und lic. phil. O.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 10. Mai 2012 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/64/2): - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) bei einer Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10 Z 73.1), gegenwärtig remittiert - Differentialdiagnose: rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F 33) - Anamnestisch Angst und depressive Reaktion gemischt

Die Arbeitsfähigkeit belaufe sich aktuell, seit dem 2. Mai 2012, und mittelfristig auf 60 % in angestammter und angepasster Tätigkeit. Es werde ein beruflicher Wiedereinstieg in einem Umfang von ca. 4-5 Stunden pro Tag empfohlen. Für die künftige Arbeitstätigkeit werde es für die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin wichtig sein, einen adäquaten Umgang mit den eigenen Grenzen und Bedürfnissen zu erlernen und das erhöhte Pflicht- und Verantwortungsbewusstsein im Arbeitskontext zu relativieren.

Während der ambulanten Behandlung sei es zu einer Remission der depressiven Symptomatik gekommen, auch da die Beschwerdeführerin unter keiner Arbeitsbelastung gestanden habe. Aufgrund der noch fehlenden Bewältigungsstrategien bestehe noch eine hohe Rückfallgefahr bei einem zu raschen und unbegleiteten Wiedereinstieg ins Erwerbsleben. Es bestehe ein stark erhöhtes Risiko für erneute depressive Stimmungseinbrüche bzw. erneute Verschlechterung des Gesundheitszustandes und konsekutiv erneuter voller Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/64/4-5).

### **E. 3.2.4**

Lic. phil. P.\_\_\_\_, Psychologin FSP, nannte in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 2014 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Depression. Die Beschwerdeführerin habe vom 17. Oktober bis 19. Dezember 2012 bei ihr in Behandlung gestanden. Trotz bester Qualifikation habe ihr damals die Energie für eine anspruchsvolle Tätigkeit gefehlt. Sie habe damals stundenweise als Putzfrau gearbeitet (Urk. 8/69).

### **E. 3.2.5**

Ab dem 29. März 2014 stand die Beschwerdeführerin in Behandlung bei Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie. In seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 29. September 2014 hielt er – unter dem Titel «Diagnosen mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit» – fest, dass die Beschwerdeführerin 2009 durch ihre Hausärztin wegen eines Burnouts in eine Klinik ein gewiesen worden sei. In der bisherigen Tätigkeit sei sie seit 2009 zu 50 % arbeits unfähig. Sie verfüge trotz Leistungswillens über eine begrenzte Kraft. Die Konzentration sei abhängig von der Tagesform. Sie könne die Leistung nicht über längere Zeit aufrechterhalten. Er empfehle ein Arbeitstraining mit dem Ziel, eine (gleichmässige) 50%ige Arbeitsfähigkeit zu erreichen ( Urk.

### **E. 3.2.6**

In ihrem Verlaufsbericht vom 23. April 2014 diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F 41.2). Der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich verbessert. Sie hoffe, in der laufenden Psychotherapie bei Dr. Q.\_\_\_\_ ihre Defizite aufarbeiten und in einer ihr angepassten Tätigkeit auf eigenen Beinen stehen zu können. Aktuell bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 50 %. Als Perfektionistin sei die Beschwerdeführerin in Gefahr, sich leicht überfordern zu lassen und sich Aufgaben von allen Seiten aufbürden zu lassen. Sie sollte deshalb in einer möglichst stressfreien Umgebung arbeiten können ( Urk. 8/73 /1-2 ).

### **E. 3.2.7**

RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ führte in seinem psychiatrischen Untersuchungsbericht vom 29. Juni 2015 unter dem Titel «Versicherungspsychiatrische Beurteilung» als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradig, mit somatischem Syndrom (ICD

### **E. 3.2.8**

Mit Bericht

vom 30. März 2016

nahm

lic. phil. F.\_\_\_\_ erstmalig

zur psychotherapeutischen Behandlung der Beschwerdeführerin Stellung .

Die Psychotherapie habe am 24. Juni 2015 begonnen und seither hätten 12 Gespräche stattgefunden . Im Mittelpunkt stehe die Verarbeitung der schwer traumatisch erlebten Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter. Es könne davon ausgegangen werden, dass die damalige chronische psychische Belastung die Persönlichkeit und das Erleben der Beschwerdeführerin nachhaltig geprägt habe, auch wenn sich dies nicht als Vollbild einer Diagnose im Sinne einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) beschreiben lasse. Wirksam würden diese biographischen Erfahrungen bis heute vor allem im Zusammenhang mit Stresssituationen, in den die Beschwerdeführerin unsicher und ängstlich reagiere, starke Ängste erlebe, die sich insbesondere als körperliche Reaktionen (motorische Unruhe, erhöhter Puls, Schweißausbrüche etc.), manifestierten. Die Beschwerdeführerin sei (unbewusst) konstant darum bemüht, funktionstüchtig und belastbar zu erscheinen, ein Bild von Stärke und Unantastbarkeit in solchen Kontexten zu vermitteln, um sich keinen Angriffen und Kritiken auszusetzen. Der damit verbundene Perfektionismus und hohe Leistungsanspruch führe in der Folge unter anderem dazu, dass sie gefährdet sei, in ihrer Stabilität und Leistungsfähigkeit überschätzt zu werden sowie sich selbst zu überschätzen. Im Sinne eines circulus

vitiosus könne dies dann zu chronischer Überlastung bis zur Dekompensation in Form eines Burnouts führen. Zudem habe dann dieses Erleben der eigenen eingeschränkten Funktionsfähigkeit und Hilflosigkeit bei der Beschwerdeführerin anamnestisch mehrfach zu depressiven Reaktionen geführt. Eine verlässliche, wertschätzende und längerfristige therapeutische Beziehung sei eine der wichtigsten Voraussetzung für einen nachhaltigen Gesundungs- und Heilungsprozess. Angesichts der geschilderten Situation wirke sich Druck kontra produktiv und gesundheitsgefährdend aus, da die Gefahr bestehe, dass die ungünstigen Verhaltensmuster aufrechterhalten blieben. Begleitende entlastende Massnahmen würden sich günstig auswirken. Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 60 % bewege sich an der obersten Grenze der aktuellen Belastungsfähigkeit, über die sie phasenweise verfüge, welche sie aber nicht konstant gewährleisten könne (Urk. 8/97).

### **E. 3.2.9**

Am 31. August 2016 berichtete

lic. phil. F.\_\_\_\_ erneut über die psychotherapeutische Behandlung. Die Psychotherapie werde ab September 2016 – im Rahmen einer durch Dr. G.\_\_\_\_ ärztlich delegierten Psychotherapie – neu in wöchentlicher Sitzungsfrequenz weitergeführt. Lic. phil. F.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen (Urk. 8/117) : - Rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradig F 33.0 – F

33.1, gegenwärtig weitgehend remittiert - Verdacht auf Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0) als Folge der schwer traumatisch erlebten Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter - Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (Z 61.2) mit der Folge der Ausbildung einer ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsstruktur

Eine Veränderung habe sich seit dem Bericht vom 30. März 2016 insofern ergeben, als die Beschwerdeführerin vorsichtig zu beginnen versuche, ihre Grenzen klarer wahrzunehmen und diese dem Umfeld gegenüber zu deklarieren. Trotz einer beobachtbaren gewissen psychischen Stabilisierung bestehe aktuell in der Abgrenzungsproblematik der Beschwerdeführerin unverändert ein erheblicher Risikofaktor in Bezug auf Überlastung und Burn-out-Gefahr. Diese sei insbesondere in Stresssituationen erklärbar durch das Bemühen, sich über Leistung und Perfektionismus unangreifbar zu machen und zu schützen. Für den Berichtszeitraum seit April 2016 sei daher nach wie vor zu konstatieren, dass die Beschwerdeführerin insbesondere im beruflichen Kontext gefährdet sei, in ihrer Stabilität und Leistungsfähigkeit überschätzt zu werden sowie sich selbst zu überschätzen und im bekannten Kreislauf aus Überlastung und Depressivität zu «landen». In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bedeute dies, dass sie bis auf weiteres auf ein Arbeitsumfeld mit wenig Stress und Druck angewiesen sei. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit werde weiterhin auf 60

% eingeschätzt; eine vorsichtige stufenweise Steigerung sei langfristig vorstellbar unter den obengenannten Bedingungen, die an ein Arbeitsumfeld zu stellen wären. Druck könne sich kontraproduktiv und gesundheitsgefährdend auswirken, da die ungünstigen Verhaltensmuster aufrecht erhalten blieben (Urk. 8/117).

### **E. 3.2.10**

Im von Dr. G.\_\_\_\_ und lic. phil. F.\_\_\_\_ erstatteten Bericht vom 15. Mai 2017 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/127/1) : - Rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradig (F 33.0 – F 33.1), gegenwärtig

remittiert - Verdacht auf Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0) als Folge der schwer traumatisch erlebten Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter - Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (Z61.2) mit der Folge der Ausbildung einer ängstlich-unsichereren Persönlichkeitsstruktur

Die Beschwerdeführerin habe sich seit dem letzten Bericht vom 31. August 2016

weiterhin stabilisiert, es bestehe keine depressive Symptomatik mehr, sodass von einer aktuellen vollständigen Remission der depressiven Störung gesprochen werden könne. Weiterhin bestehend sei jedoch die eingeschränkte Belastbarkeit der Beschwerdeführerin, welche insbesondere in Stresssituationen verunsichert und ängstlich reagiere, was sich unter anderem in körperlichen Reaktionen (motorische Unruhe, erhöhter Puls etc.) ausdrücke. Obwohl die Beschwerde führe intensiv an ihrer Abgrenzungsproblematik arbeite und darin mittlerweile sichtbar Fortschritte erziele, bleibe aufgrund dieser Dynamik unverändert ein erheblicher Risikofaktor in Bezug auf Überlastung und Burn-out-Gefahr. Insbesondere im beruflichen Kontext sei sie gefährdet, in ihrer Stabilität und Leistungsfähigkeit überschätzt zu werden. Bei sorgfältiger Belastungssteuerung sei die schrittweise Erhöhung der beruflichen Belastung und Steigerung der Leistungsfähigkeit denkbar.

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin, Sachbearbeiterin bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk.

8/127 /2-4 ).

### **E. 3.2.11**

In seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2017 führte RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ aus, aufgrund der Berichte des Psychologen vom 30. März 2016, 31. August 2016 und 15. Mai 2017 könne eine leichte Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes angenommen werden. Der Gesundheitsschaden sei aber weiterhin vorhanden, die rezidivierende depressive Störung sei zurzeit zwar remittiert, das Risiko einer weiteren depressiven Episode bestehe aber weiterhin. Überwiegend wahrscheinlich bestehe seit dem Bericht von lic. phil. F.\_\_\_\_ vom 30. März 2016 eine leichte Verbesserung des Gesundheitsschadens mit 40%iger Arbeitsunfähigkeit in bisheriger sowie in angepasster Tätigkeit (Urk. 8/129/9). 4. 4.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die im April 2011 zugesprochene Viertelsrente zu Recht revisionsweise aufgehoben hat. Umstritten ist dabei in erster Linie, ob die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen Sachverhalt hinreichend abgeklärt hat (Urk. 1 S. 2). 4.2

#### 4.2.1

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Auffassung, wonach sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache verbessert habe, in medizinischer Hinsicht auf den psychiatrischen Untersuchungsbericht von RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2015 (vgl. E. 3.2.7) sowie dessen Stellungnahme vom 14. Juni 2017 (vgl.

#### E. 3.2.11). 4.2.2

Der psychiatrische Untersuchungsbericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2015 basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung und wurde in Kenntnis der Vorakten erstattet. RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ machte detaillierte Angaben zur Anamnese und zu den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden, erhob einen vollständigen Psychostatus und äusserte sich auch zu den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit der

Beschwerdeführerin in Anlehnung an das Mini-ICD-APP. Zudem legte er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation grundsätzlich einleuchtend dar. 4.2.3

In diagnostischer Hinsicht gelangte RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ zum – nachvollziehbaren – Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.0/F33.1) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung (ängstlich-unsicher, Z73.1) bestünden (vgl. auch die Differentialdiagnose im Bericht des Psychiatricentrum E.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2012, Urk.

8/64/2).

Inwiefern sich – wie die Beschwerdeführerin geltend macht (Urk. 1 S. 4) – aus dem Untersuchungsbericht ergeben soll, dass bereits RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ den Verdacht auf das Bestehen einer Persönlichkeitsänderung/Persönlichkeitsstörung hegte, ist nicht ersichtlich. Er bemerkte darin zwar, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ängstlich-unsicher sei, ihr Denken inhaltlich eingengt sei im Rahmen einer ausgeprägten Selbstwertproblematik und der erlebten Traumatisierung in der Kindheit und sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur dazu neige, einerseits ihre Ressourcen zu überschätzen und andererseits ihre Einschränkungen geringer einzuschätzen (Urk. 8/80/12-14). Er hielt aber ausdrücklich fest, dass sich anlässlich der klinischen Untersuchung keine Ich-Störungen gezeigt hätten (Urk. 8/80/12).

Auch in den Vorakten finden sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung/Persönlichkeitsänderung. So führten med. pract. N.\_\_\_\_ und lic. phil. O.\_\_\_\_ vom Psychiatricentrum E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 10. Mai 2012 zwar aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine ausgeprägte Selbstwertproblematik aufgrund eines fragilen Selbstwertsystems zu beobachten sei, welches sie durch eine erhöhte Leistungsbereitschaft und Pflichtbewusstsein zu kompensieren versuche und welches sich der Beziehungsgestaltung durch eine Dominanz- oder Unterordnungstendenz äussere. Das Vorliegen von Ich-Störungen wurde von ihnen aber ebenfalls ausdrücklich verneint (Urk. 8/64/4; vgl. auch Bericht der Privatklinik J.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2009, wonach die Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund einer durch Gewalt und Entwertung geprägten Familiendynamik schon als Kind ein erhöhtes Angsterleben entwickelt habe, dem sie jedoch durch Beweisen von Anforderungssituationen konsequent entgegenzuwirken versucht habe; hinsichtlich der schulischen Entwicklung seien keine Auffälligkeiten bekannt [Urk. 8/16/1]).

Lic. phil. F.\_\_\_\_ räumte denn in seinem Bericht vom 30. März 2016 auch ein, dass sich bei der Beschwerdeführerin nicht das Vollbild einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62) beschreiben lasse (E. 3.2.8). Das Bestehen einer anderen Störung aus dem Formenkreis der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wurde von ihm weder darin noch in den Berichten vom 31. August 2016 und 15. Mai 2017 in Betracht gezogen. Diesen Berichten ist sodann zu entnehmen, dass sich auch im Verlauf der weiteren Behandlung keine sichere Diagnose gemäss ICD-10 F62.0 stellen liess (E. 3.2.8-10).

Unter diesen Umständen bestand im Zeitpunkt der Rentenaufhebung – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – kein Anlass für ergänzende diagnostische Abklärungen, zumal solche auch von Dr. G.\_\_\_\_ und lic.

phil. F.\_\_\_\_ nicht postuliert wurden. Demnach ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin keine Persönlichkeitsstörung/-änderung besteht. 4.3

#### 4.3.1

Streitig und zu prüfen ist im Weiteren, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG (vgl. E. 1.4.1) gegeben ist. 4.3.2

Für die Prüfung, ob sich der Sachverhalt für die Vornahme einer Revision im Sinne von Art.

#### **E. 8**

/76).

#### **E. 10**

F 33.11) und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Persönlichkeitsakzentuierung (ängstlich, unsicher, ICD-10 Z73.1) an (Urk. 8/80/15). Aufgrund der anamnestischen Angaben in der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin bereits im Kindesalter unter depressiven Symptomen gelitten. Ein stattgehabter schwerer Suizidversuch bereits mit 14 Jahren könne im Rahmen einer depressiven Störung eingeordnet werden. Aufgrund bereits früher traumatischer Erfahrungen im Sinne einer brokenhome -Situation sei eine Akzentuierung der Persönlichkeit, ängstlich-unsicher, festzustellen. Ob eine Persönlichkeitsstörung vorliege, könne im Rahmen dieser Untersuchung nicht beurteilt werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Februar 2012 ausgegangen werden.

Als Tätigkeit geeignet seien

zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, ohne Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen, in einer wohlwollenden und konfliktarmen Umgebung. Medizinisch sei eine wöchentliche ambulante psychiatrische Behandlung inklusive antidepressiver Medikation angezeigt. Mit dieser Maßnahme sei medizinisch-theoretisch der Gesundheitszustand zu verbessern mit Erhöhung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/80/

#### **E. 14**

- 16).

#### **E. 017**

vom 20. Dezember 2017 E. 6.2 ). 5.3.2

Nach dem Gesagten ist gestützt auf die Beurteilung von RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge vorliegen.

Dr. H.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin wegen der rezidivierenden depressiven Störung vom 17. Oktober 2011 bis 30. November 2011 eine 100%ige, vom 1. Dezember 2011 bis 1. Januar 2012 eine 80%ige, vom 2. Januar bis 31. Januar 2012 eine 60%ige, ab Februar 2015 eine 50%ige und ab März 2016 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit (Urk. 8/80/15 und Urk. 8/129/9). Damit übernahm er weitgehend die Einschätzungen der behandelnden Fachärzte und Fachärztinnen, wobei aber med. pract. N.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin am 10. Mai 2012 (ab dem 2. Mai 2012) eine 40%ige (statt 50%ige) und Dr. G.\_\_\_\_ sowie lic. phil. F.\_\_\_\_ am 15. Mai 2017 eine 50%ige

Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit bescheinigt hatten ( Urk. 8/64, Urk. 8/76, Urk. 8/97, Urk. 8/117 und Urk. 8/127). 5.3.3

Rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1). Deshalb kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verliert (BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_611/2018 vom 28. März 2019 E. 4.3.1). 5.3.4

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ aufgrund der bestehenden normativen Vorgaben auch als rechtlich massgebend übernommen werden kann (vgl. E. 1.2). RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ hat sich bei seiner Beurteilung zwar nicht an den – nunmehr auch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen beachtlichen – Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 (vgl.

E. 1.2.4) orientiert. Seine Darlegungen bilden aber zusammen mit den weiteren aktenkundigen fachärztlichen Feststellungen eine ausreichende Grundlage zur Vornahme einer Indikatorenprüfung (vgl. E. 5.5). 5.4 5.4.1

Vorwegzunehmen ist, dass RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ – wie bereits RAD-Arzt Dr. M.\_\_\_\_ (vgl. E. 5.2.1) – keine nachvollziehbare Erklärung dafür geliefert hat, weshalb in einer angepassten Tätigkeit eine gleich hohe Einschränkung bestehen soll wie in den von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübten Tätigkeiten bei der A.\_\_\_\_ und bei der C.\_\_\_\_. Dies wäre aber erforderlich gewesen, zumal die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich des Ressourcengesprächs vom 29. November 2011 darauf schliessen lassen, dass die Stelle bei der C.\_\_\_\_ keineswegs dem von ihm formulierten Belastungsprofil entsprochen hatte (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2 und Urk. 8/80/15). Ebenso verhält es sich bei der Tätigkeit als Costumer Consultant bei der A.\_\_\_\_, wobei diese Tätigkeit allerdings ohnehin weder den Neigungen noch den Fähigkeiten der Beschwerdeführerin entsprochen zu haben scheint (vgl. Protokoll betreffend das Standortgespräch vom 10. November 2009, wonach die Beschwerdeführerin angegeben habe, dass die Materie des A.\_\_\_\_-Angebotes wie Telefonie, Technik, Internet, PC sie überhaupt nicht interessierten, ihr sogar Angst mache [Urk. 8/15/2]; vgl. auch E. 5.2.1). Weiterungen in diesem Punkt können indessen unterbleiben, würden sie doch aufgrund der nachfolgenden Erwägungen am Ergebnis nichts ändern. 5.4.2

Soweit RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2017 (vgl. auch Urk. 8/80/15) bei remittierter Depression aus schliesslich wegen des Risikos einer weiteren depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit attestierte, kann ihm sodann aus rechtlicher Sicht schon deshalb nicht gefolgt werden, weil – bei fehlendem Nachweis eines komorbiden Leidens mit Krankheitswert (vgl. E. 5.5.2) – mit dem Hinweis auf die (blosse) Möglichkeit eines weiteren depressiven Einbruchs allein eine fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Gesundheitsbeeinträchtigung mit anspruchserheblicher Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen ist (vgl. E. 1.2.2 und Urteil des Bundesgerichts 9C\_43/2017 vom 29. Januar 2018 E. 3.2.1). 5.5 5.5.1

Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad», Komplex «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass die depressive Symptomatik gemäss Aktenlage in ihrer Ausprägung zwischen mittelgradig (17. Oktober 2011) und vollständig remittiert (2. Mai 2012 und Ende Mai 2017) schwankte, wobei die im Oktober 2011 objektivierte mittelgradige depressive Symptomatik – wie teilweise auch die Angst- und depressive Symptomatik anfangs 2009 –

durch eine Überforderung am Arbeitsplatz ausgelöst worden und – nach Wegfall der Arbeitsbelastung – unter der Behandlung im Psychiatriezentrum E.\_\_\_\_

bereits innerhalb eines Jahres vollständig remittiert war.

Die im Psychiatriezentrum E.\_\_\_\_ ab dem 17. Oktober 2011 durchgeführte ambulante Behandlung bestand laut dem betreffenden Bericht in einer Gesprächstherapie; eine medikamentöse Behandlung habe die Beschwerdeführerin abgelehnt (Urk. 8/64/4). Sodann fanden dort gemäss ihren eigenen Angaben nur 5 bis 7 Sitzungen statt (Urk. 8/80/10). Zwischen Mai 2012 und März 2014 ist nebst der hausärztlichen Betreuung durch Dr. D.\_\_\_\_ nur eine zweimonatige Gesprächstherapie bei lic. phil. P.\_\_\_\_ dokumentiert (vgl. E.

3.2.4). Ab März 2014 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. Q.\_\_\_\_ behandelt (Gesprächstherapie [einmal pro Monat], keine psychopharmakologische Medikation [Urk. 8/76/2]), und ab dem 24. Juni 2015 von lic. phil. F.\_\_\_\_ (psychologische Psychotherapie, bis August 2016 maximal zwei wöchentlich, seither in der Regel wöchentlich [vgl. aber Urk. 8/93]; eine medikamentöse Behandlung wurde von lic. phil. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ als nicht indiziert erachtet [Urk. 8/97, Urk. 8/117 und Urk. 8/127]). Dabei kam es – trotz Verzichts auf eine medikamentöse Behandlung – auch unter der Therapie bei lic. phil. F.\_\_\_\_ zu einer vollständigen Remission der depressiven Symptomatik. Von einer Therapieresistenz kann demnach nicht die Rede sein.

Was den Aspekt «Komorbiditäten» betrifft, so fällt die von RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ gestellte Z-Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3 und 8C\_200/2018 vom 7. August 2018 E. 5.1, je mit Hinweisen). Sie stellt daher keine relevante psychische Komorbidität dar. Es ist ihr aber im Rahmen des Aspektes «Persönlichkeit» ressourcenhemmende Wirkung beizumessen (vgl. E. 3.2.3 ; vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C\_592/2018 vom 2. April 2019 E. 4.3 ). Eine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsänderung ist aber nach dem Gesagten nicht anzunehmen (vgl.

E.

4.2.3) .

Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) weist betreffend Familienverhältnisse

beträchtliche Ressourcen aus: Die Beschwerdeführerin ist gemäss ihren Angaben gegenüber RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ seit 2010 glücklich verheiratet, lebt mit ihrem Ehemann in einer Eigentumswohnung und hat eine gute Beziehung zu ihren Kindern. Ausserdem hat sie gemäss ihren Angaben einen kleinen, stabilen Freundeskreis (Urk. 8/80/6-7). Sodann absolvierte sie ab August 2011 (zusammen mit ihrer Tochter) eine Ausbildung (Abschluss

offenbar im August 2014, Urk.

8/68/4) und versah ab 2012 zudem eine Teilzeitstelle als Reinigungsmitarbeiterin, was ebenfalls auf mobilisierbare Ressourcen schliessen lässt. Belastend scheint die finanzielle Situation der Beschwerdeführerin zu sein, offenbar aber erst seit ca. 2013 (vgl. die Angabe der Beschwerdeführerin gegenüber der Eingliederungsberatung vom 31. Juli 2012, wonach sie keine psychosozialen Probleme habe [Urk. 8/68/2], resp. vom 16. Oktober 2013, wonach sie jetzt Steuer schulden habe [Urk. 8/68/4], sowie gegenüber RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2015, wonach die finanzielle Situation «aktuell schrecklich» sei; der Ehemann sei seit Dezember 2014 arbeitslos (Urk. 8/80/6-7). 5.5.2

Hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz», Aspekt der «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen»

ist entscheidend, ob die in Frage stehende Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. in der Freizeitgestaltung) etwa gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Dabei ist zu beachten, dass gemäss Rechtsprechung eine ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit mit 40 % oder 50 % ein bestimmtes Mass an Freizeitaktivitäten zulässt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_592/2018 vom 2. April 2019 E. 4.6.2 mit Hinweisen). Vorliegend lässt sich jedenfalls feststellen, dass der Beginn der Ausbildung im August 2011 in (klarem) Widerspruch zur von Dr. H.\_\_\_\_ (und med. pract. N.\_\_\_\_) vorgenommenen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (mit zwischen 100 % und 60 %) in der Zeit zwischen dem 17. Oktober 2011 und Ende Januar 2012 steht und sich in den Akten keine konkreten Anhaltspunkte dafür finden, dass die Beschwerdeführerin ab dem 17. Oktober 2011 im Alltag oder Freizeitverhalten je erheblich eingeschränkt gewesen sein könnte (vgl. etwa Urk. 8/76/6).

Zum Aspekt «behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage sowohl die Behandlung im Psychiatriezentrum E.\_\_\_\_ als auch diejenige bei lic. phil. F.\_\_\_\_ erst auf Anstoss resp. auf Auflage der Beschwerdegegnerin aufgenommen hat (Urk.

8/64/3 und Urk. 8/80/10; vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2); gleiches gilt hinsichtlich der Intensivierung der Therapie bei lic. phil. F.\_\_\_\_. Auch den Ersttermin mit Dr. Q.\_\_\_\_ vom 19. resp. 29. März 2014 scheint sie erst vereinbart zu haben, nachdem sich die Beschwerdegegnerin bei ihr am 25. Februar 2014 nach den aktuell behandelnden Ärzten resp. Ärztinnen erkundigt hatte (Urk. 8/71 und Urk. 8/76). Mit Blick darauf sowie angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bislang auf eine medikamentöse Behandlung verzichtete, lassen die bisherigen Behandlungsbemühungen nicht auf einen erheblichen psychischen Leidensdruck schliessen. Ein eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck ist jedenfalls ab Oktober 2013 zu verneinen (Urk. 8/68/4). 5.5.3

Insgesamt können die laut RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ und den behandelnden Ärzten bestehenden funktionellen Einschränkungen der Beschwerdeführerin – angesichts der schwankenden, maximal mittelgradig ausgeprägten Symptomatik, des gänzlichen Verzichts der Beschwerdeführerin auf eine medikamentöse Behandlung, fehlender Komorbiditäten im Sinne eines invalidisierenden Gesundheitsschadens, beträchtlicher Ressourcen sowie angesichts ihres nicht in allen Teilen konsistent erscheinenden Verhaltens – nicht als überwiegend wahr scheinlich erstellt erachtet werden. Insbesondere lässt die Beurteilung anhand der Standardindikatoren nicht darauf schliessen, dass in einer der Neigungen und

Fähigkeiten der Beschwerdeführerin (besser) entsprechende n Tätigkeit (als derjenige n bei der A.\_\_\_\_) und in einem rücksichtsvoll(er)en Arbeitsumfeld (als demjenigen bei der C.\_\_\_\_) je eine massgebliche (dauerhafte und erhebliche) Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestand . 5.6

Demnach ist das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Leidens zu ver neinen. Dies gilt aufgrund des Gesagten insbesondere auch für die Zeit ab Mai 2017 (vgl. E. 5.4.2). 5.7

Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführerin von anfangs März 2010 bis Ende Oktober 2017 eine Viertelsrente ausgerichtet wurde. Dass die Beschwerdeführerin in diese m Zeit raum vorübergehend einen Anspruch auf eine höhere Rente gehabt haben könnte, kann aufgrund der vorstehenden Erwägungen ausgeschlossen werden. 6.

Aufgrund des Gesagten ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 8 00.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Sandra Glavas Soller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage des Doppels

von Urk. 12 - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstKübler

## **E. 17**

ATSG aus diesem Grunde kein Raum (vgl. Urteil des Bundes gerichts 8C\_405/2017 vom 7. November 2017 E. 4.3 mit Hinweis). 5. 5.1

Es stellt sich indessen die Frage, ob sich die angefochtene Verfügung mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG schützen lässt (vgl. 1.4.2). 5.2 5.2.1

Gemäss den zutreffenden Feststellungen von RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ lag im Zeitpunkt der Rentenzusprache keine resp. keine hinreichend aktuelle (nach vollziehbare) fachärztliche Stellungnahme zum psychischen Gesundheitszustand sowie zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in bisheriger und angepasster Tätigkeit vor (vgl. E. 4.3.4). Eine solche war aber für die Annahme einer rentenbegründenden Invalidität bereits damals erforderlich (vgl. E. 1.2.2).

Ausserdem stand die damalige – nicht auf einer eigenen Untersuchung beruhende und im Übrigen nicht näher begründete – Einschätzung von RAD-Arzt Dr. M.\_\_\_\_, wonach in einer angepassten Tätigkeit eine gleich hohe Arbeitsunfähigkeit bestehe wie in der bisherigen Tätigkeit bei der A.\_\_\_\_, in Widerspruch zur damaligen Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_. Diese Ärztin hatte nämlich in ihrem Bericht an die A.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2010 (Urk. 8/20/11; vgl. bereits ihren Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 8. September 2009, E. 3.1.3) aus geführt, dass die Beschwerdeführerin zunehmend durch die technischen Seiten ihrer dortigen Tätigkeit als Telefonistin gefordert und überfordert sei. Wegen sehr hohen Pflichtgefühls bewältige sie ihre Arbeit mit hohem Einsatz, was letztlich zum nervlichen Zusammenbruch führe. In einer weniger belastenden und auf sie eher zugeschnittenen Beschäftigung könne die Arbeitsunfähigkeit rasch wieder auf 0% vermindert werden. Die Stelle anlässlich ihres Arbeitsversuches in B.\_\_\_\_ (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.1) habe ihr sehr gefallen und sie habe sich dort auch nicht überfordert gefühlt. Leider stehe diese Stelle aber nicht mehr zur Verfügung. Auch in ihrem letzten vor der Rentenzusprache erstatteten Bericht vom 30. November 2010 hatte Dr. D.\_\_\_\_

bemerkt, dass in einer anderen (als der bisherigen Tätigkeit bei der A.\_\_\_\_ oder einer Tätigkeit als Verkäuferin) eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit durchaus denkbar sei (vgl. E. 3.1.7). Über diese Feststellungen von Dr. D.\_\_\_\_ hätte RAD-Arzt Dr. M.\_\_\_\_ nicht einfach hinwegsehen dürfen.

Die Rentenzusprache basierte demnach auf keiner rechtsgenügenden fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Insbesondere fehlte es auch an einer nach vollziehbaren (fachärztlichen) Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit. 5.2.2

Im Übrigen war das Arbeitsverhältnis mit der A.\_\_\_\_ im Zeitpunkt der Rentenverfügung längst aufgelöst und arbeitete die Beschwerdeführerin seit dem 1. Februar 2011 als Verkäuferin bei der C.\_\_\_\_ (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2). Nach vollziehbaren Angaben zum dort versehenen Pensum resp. zum Einkommen aus dieser Tätigkeit lagen im Zeitpunkt der Rentenverfügung nicht vor (Urk. 8/40 und Urk. 8/41). Die Rentenzusprache beruhte somit auch in erwerblicher Hinsicht auf einer unzulänglichen Beurteilungsgrundlage. 5.2.3

Damit fehlte es im Zeitpunkt der Rentenzusprache an den mit der notwendigen Sorgfalt durchgeführten Abklärungen, was als klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes eine zweifellose Unrichtigkeit der Rentenverfügung begründet (vgl. E. 1.4.2; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_110/2018 vom 3. September 2018 E. 4.2 mit Hinweisen). 5.3 5.3.1

Eine Aufhebung oder Herabsetzung des bisherigen Rentenanspruchs auf dem Weg einer Wiedererwägung setzt voraus, dass bis dahin keine Invalidität eingetreten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_515/2

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