



## Urteil vom 26. Oktober 2016

---

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),  
Richterin Franziska Schneider, Richter Michael Peterli,  
Gerichtsschreiberin Giulia Santangelo.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch lic. iur. Carole Held Lüthi, Rechtsanwältin,  
Rechtsdienst für Behinderte, Behindertenforum,  
Bachlettenstrasse 12, 4054 Basel,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Revision und Einstellung der Invalidenrente,  
Verfügung IVSTA vom 3. November 2014.

**Sachverhalt:****A.**

Die 1958 geborene, heute in Frankreich wohnhafte Beschwerdeführerin verfügt über die Schweizerische Staatsbürgerschaft. In den Jahren 1976 bis 2003 war die Beschwerdeführerin mit Unterbrüchen in der Schweiz, teilweise als Grenzgängerin, erwerbstätig und leistete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Akten der IV-Stelle Kanton B. \_\_\_\_\_ [IV-act.] 10).

**B.**

Am 25. Juni 2004 stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um Ausrichtung einer schweizerischen Invalidenrente aufgrund einer manischen Depression (IV-act. 2). Die behandelnde Psychotherapeutin Dr. sc. nat. et lic. phil. C. \_\_\_\_\_ attestierte am 17. August 2004 eine seit Juni 2003 bestehende neurotische Depression sowie dissoziale Phasen, was zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50% führe. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine abhängige Persönlichkeitsstörung und eine Co-Abhängigkeit mit dem alkoholkranken Ehegatten aufgeführt. Durch entsprechende medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (IV-act. 11). Die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: IV-Stelle) klärte in der Folge die medizinischen und wirtschaftlichen Verhältnisse ab und holte dabei insbesondere einen Arztbericht vom 7. März 2005 (IV-act. 15), bestehend aus einer allgemeinen Anamnese durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_, FMH für Allgemeinmedizin sowie aus einem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie vom 4. Februar 2005 (IV-act. 14) ein. In diesem Arztbericht wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine leichte bis mittelgradige Episode (F33.0/1), sowie Verdacht auf eine dissoziative Störung (F44.9) und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Verdacht auf eine abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7) aufgeführt und auf eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50% bis auf Weiteres geschlossen (IV-act. 15).

**C.**

Mit Verfügung vom 22. Juni 2005 wurde der Beschwerdeführerin rückwirkend per 1. Juni 2004 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 50% eine halbe Invaliditätsrente sowie eine Kinderrente zugesprochen (IV-act. 20, S. 3-9).

**D.**

In den Jahren 2006 und 2010 wurden von Amtes wegen eingeleitete Revisionsverfahren durchgeführt. Dabei kam die Vorinstanz mit Mitteilung vom 22. September 2006 (IV-act. 24) bzw. vom 25. Februar 2010 (IV-act. 28) zum Schluss, dass die Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderungen ergeben habe, weshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad von 50%) bestehe.

**E.**

Im Rahmen eines von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens reichte die Beschwerdeführerin am 4. April 2013 den ausgefüllten Revisionsfragebogen (IV-act. 31) ein. Die behandelnde Psychotherapeutin C.\_\_\_\_\_ reichte am 11. Juni 2013 einen Verlaufsbericht sowie ein Beiblatt zum Arztbericht ein (IV-act. 34). Unverändert nannte sie als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Codes nach ICD:10 F42.22 und F61.0 und erklärte im Wesentlichen, der Gesundheitszustand sei stationär geblieben. Damit bestehe seit 2002 eine Arbeitsfähigkeit von 50%. In ihrer Beurteilung vom 26. Juni 2013 stellte die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH fest, da die Therapiesitzungen zwischenzeitlich in einem längeren Intervall erfolgten, könne allenfalls eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vorliegen und empfahl die Einholung eines Verlaufsgutachtens bei Dr. E.\_\_\_\_\_ (IV-act. 36). Dieser erstellte am 8. Januar 2014 aufgrund einer Untersuchung vom 18. Dezember 2013 ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 42). Darin stellte er eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes fest und kam zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger Remission (F33.4) sowie akzentuierte (histrionische und abhängige) Persönlichkeitszüge (Z73.1). Gestützt auf die medizinischen Akten gelangte die RAD-Ärztin zum Schluss, es bestehe ab 18. Dezember 2013 eine 100% Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (IV-act. 45).

**F.**

Mit Vorbescheid vom 14. April 2014 ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 11% und verneinte einen weiteren Rentenanspruch (IV-act. 46). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 20. Mai 2014 Einwand erheben (IV-act. 50). Dieser wurde mit Eingabe vom 20. Juni 2014, ergänzt mit einer Stellungnahme von C.\_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2014, ausführlich begründet (IV-act. 52). Die Eingabe wurde am 1. Juli 2014 an den Gutachter Dr. E.\_\_\_\_\_ zur Stellungnahme weitergeleitet (IV-act. 56), welcher

seine Einschätzung am 6. Oktober 2014 kurz darlegte (IV-act. 59). In der Folge holte die IV-Stelle eine Beurteilung der aktenkundigen medizinischen Dokumentation durch den RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ein (IV-act. 60). Unter Berücksichtigung seiner Einschätzungen hob die Vorinstanz mit Verfügung vom 3. November 2014 die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente per Ende Dezember 2014 mangels anspruch relevanter Invalidität auf. Einer gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wirkung (IV-act. 63).

### **G.**

Die Beschwerdeführerin erhob gegen die Verfügung vom 3. November 2014 am 8. Dezember 2014 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht, beantragte die Aufhebung der vorinstanzlichen Verfügung und die weitere Zusprechung einer halben Rente aufgrund der Restarbeitsfähigkeit von 50% sowie eines leidensbedingten Abzugs von mindestens 10%. In formeller Hinsicht wurde um unentgeltliche Rechtspflege samt Rechtsverteidigung ersucht. Zur Begründung in der Hauptsache brachte sie im Wesentlichen vor, die von Dr. E.\_\_\_\_\_ beurteilte Arbeitsfähigkeit von 100% entspreche einer stichprobearbeitigen Einschätzung aufgrund einer kurzfristigen labilen Remission. Diese sei, insbesondere aufgrund der äusserst labilen Psyche der Beschwerdeführerin nach Ansicht von C.\_\_\_\_\_ nicht nachhaltig, was diese in ihrer Stellungnahme vom 21. November 2014 glaubhaft darlege. Mangels Krankenversicherung in der Schweiz bezahle sie die zweimal monatlich stattfindenden Psychotherapien selber, was den vorhandenen Leidensdruck zweifellos manifestiere. Da der Beschwerdeführerin eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50% zugemutet werden könne, sei ihr ein leidensbedingter Abzug zu gewähren. Hinzu kämen die behinderungsbedingten Einschränkungen in Form von Konzentrationsstörungen und Grübelzwang, die die Arbeitstätigkeit unweigerlich verlangsamen, die eingeschränkte Teamfähigkeit, die psychische Belastung und das fortgeschrittene Alter. Für den Fall, dass das Gericht nicht auf die Einschätzungen der behandelnden Therapeuten abstelle, werde zur Klärung des medizinischen Sachverhaltes ein psychiatrisches Obergutachten beantragt (Akten des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer-act. 1]).

### **H.**

Die Vorinstanz beantragte mit Vernehmlassung vom 2. Februar 2015 gestützt auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 27. Januar 2015 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor,

auf das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_ könne, entgegen der Behauptungen der Beschwerdeführerin abgestellt werden. Das Gutachten beruhe auf einer eingehenden psychiatrischen Begutachtung und die Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes werde eingehend und schlüssig dargelegt. Eine andere Einschätzung des medizinischen Sachverhalts erlaubten auch die Stellungnahmen von C.\_\_\_\_\_ nicht (BVGer-act. 4).

#### **I.**

In seiner Zwischenverfügung vom 21. April 2015 wies das Bundesverwaltungsgericht die Gesuche um unentgeltliche Rechtspflege samt Rechtsverteidigung ab (BVGer-act. 10). Am 5. Mai 2015 wurde der Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- geleistet (BVGer-act. 12).

#### **J.**

Mit Replik vom 15. Juni 2015 beantragte die Beschwerdeführerin die Gutheissung der Beschwerde (BVGer-act. 14). Am 6. Juli 2015 bzw. am 9. Juli 2015 beantragten die IV-Stelle bzw. die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 16), worauf der Schriftenwechsel am 17. Juli 2015 abgeschlossen wurde (BVGer-act. 17).

#### **K.**

Auf den weiteren Akteninhalt wird, soweit entscheidungswesentlich, in den Erwägungen eingegangen.

### **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

#### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 20. April 2015 (Poststempel) einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

**2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 3. November 2014 (BVGer-act. 1), mit welcher die Vorinstanz die halbe IV-Rente der Beschwerdeführerin per Ende Dezember 2014 revisionsweise eingestellt hat. Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz die halbe Invalidenrente zu Recht eingestellt hat.

**3.**

**3.1** Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

**3.2** Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt als Grenzgängerin erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Frankreich. Sie macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin zurückgeht. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung sowie die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügungen zuständig.

**4.**

**4.1** Die Beschwerdeführerin ist seit 1976 Schweizer Staatsangehörige und wohnt heute in Frankreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koor-

diniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

**4.2** Im vorliegenden Verfahren finden grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 3. November 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung des streitigen Sachverhalts im vorliegend massgebenden Zeitraum von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2007 5155]). Mit Blick auf das Datum der angefochtenen Verfügung (3. November 2014) können ebenfalls die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) zur Anwendung gelangen.

## **5.**

**5.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER,

ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

**5.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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 (BGE 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1).

**5.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz

haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht gegeben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

**5.4** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden – Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2). Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an

frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4; 115 V 308 E. 4a bb S. 313).

**5.5** Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

**5.6** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

**5.7** Die fachliche Qualifikation eines Arztes spielt für die Würdigung medizinischer Berichte eine erhebliche Rolle. Der berichtende oder zumindest der den Bericht visierende Arzt muss sich über eine allgemein anerkannte Facharztausbildung in der gefragten medizinischen Disziplin ausweisen können. Nicht erforderlich ist ein FMH Titel oder die Zugehörigkeit zu einer Standesorganisation. Sind an der Ausarbeitung eines Gutachtens mehrere Ärzte beteiligt, kann unter Umständen genügen, wenn der verantwortliche Arzt die entsprechende Fachausbildung genossen hat (zum Ganzen vgl. Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 mit zahlreichen Hinweisen).

**5.8** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**5.9** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

**5.10** Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

**5.11** Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

**5.12** Gemäss Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV Urteil 9C\_323/2009 des BGer vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen) stehen die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Berichten nach Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

**5.13** Sofern Berichte des IV-internen medizinischen Dienstes resp. RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (vgl. SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

**5.14** Im Bereich der Psychiatrie hat die Rechtsprechung die "Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung" der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, SGPP (zugänglich unter <http://www.psychiatrie.ch> in der 3. vollständig überarbeiteten und ergänzten Auflage vom 16. Juni 2016) als anerkannten Standard für eine sachgerechte und rechtsgleiche versicherungspsychiatrische Begutachtung bezeichnet (Urteile 8C\_51/2012 vom 29. Januar 2013 E. 3.3.3.1 und 8C\_945/2009 vom 23. September 2010 E. 5). Die Qualitätsleitlinien verstehen sich als Empfehlung, von welcher im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann; dem Rechtsanwender sollen sie bei der Beurteilung der Gutachtensqualität nützlich sein. Das BSV hat die Leitlinien für alle zuhanden der Invalidenversicherung erstellten Gutachten als verbindlich erklärt. Die IV-Stellen (resp. deren Regionale Ärztliche Dienste) sind aufsichtsbehördlich angewiesen, die Leitlinien bei eigenen klinischen Untersuchungen und bei der Dossieranalyse und für Aktengutachten sowie bei externen psychiatrischen Administrativgutachten als Raster für die Qualitätssicherung einzusetzen (IV-Rundschreiben Nr. 313 vom 6. Juni 2012; vgl. zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen BGE 133 V 587 E. 6.1 S. 591).

## **6.**

Im Rahmen einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG bildet Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Überprüfung des Leistungsanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung im erwerblichen oder im Aufgabenbereich) beruht (BGE 133 V 108

E. 5.4; Urteil des BGer 9C\_889/2011 vom 8. Februar 2012 E. 3.2). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich zwischen dem Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 22. Juni 2005 und dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung eine wesentliche Verbesserung der Gesundheitssituation ergeben hat, wovon die Vorinstanz ausgeht. Nicht in Betracht fallen hingegen die Mitteilungen der Vorinstanz vom 22. September 2006 sowie vom 25. Februar 2010 zumal diese Revisionen nicht auf einer umfassenden materiellen Überprüfung des Leistungsanspruches basieren.

## 7.

**7.1** Die ursprüngliche Rentenzusprache (Verfügung vom 22. Juni 2005) beruhte auf der Annahme einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50% in der angestammte wie auch in einer angepassten Tätigkeit bzw. einer Arbeitsfähigkeit von 50% in der angestammten Tätigkeit. Diese Einschätzung gründete im Wesentlichen auf den nachfolgenden Berichten:

**7.2** C. \_\_\_\_\_ erklärte im Bericht vom 17. August 2004, aufgrund erhöhter Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und vermehrter Kopfschmerzen könne die Beschwerdeführerin derzeit 50% arbeiten. Durch eine psychotherapeutische Behandlung könne eine Verbesserung der depressiven Symptomatik und damit eine Steigerung der Leistungsfähigkeit erzielt werden, was zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen könne (IV-act. 11, S. 3-4).

**7.3** Dr. E. \_\_\_\_\_ gelangte in seinem Teilgutachten vom 4. Februar 2005 zum Schluss, es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit seit Juni 2003 zu fünfzig Prozent eingeschränkt sei. Diese Einschränkung sei auf die depressive und in etwas geringem Ausmass auch auf die dissoziative Störung zurückzuführen. Es werde eine Weiterführung der Psychotherapie, mindestens einmal wöchentlich empfohlen. Zudem sei ein erneuter Versuch mit einem weiteren Antidepressivum zu diskutieren. Mittelfristig sei von diesen Massnahmen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten (IV-act. 14, S. 11-12). Diese Beurteilung wurde im Arztbericht für Grenzgänger vom 7. März 2005 bestätigt bzw. wiederholt. Bei diesem handelt es sich um ein bidisziplinäres Gutachten, welches allgemeinmedizinische und psychiatrische Befunde erhebt. Dabei werden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (F33.0/1) sowie der Verdacht auf eine dissoziative Störung (F44.9) genannt. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird der Verdacht auf eine

abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7) genannt. Dies führe zu einer medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit von 50% (IV-act. 15).

## **8.**

**8.1** In der aktuell angefochtenen Verfügung hob die Vorinstanz die Rente der Beschwerdeführerin mit der Begründung auf, der Gesundheitszustand habe sich verbessert. Aus spezialärztlicher Sicht seien der Beschwerdeführerin spätestens seit der Begutachtung vom 18. Dezember 2013 wieder jegliche, ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeiten ganztags und ohne Leistungseinschränkung zumutbar (BVGer-act. 1).

**8.2** Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, sie leide an einer anhaltenden mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Aufgrund der gesamten Umstände sei ein höheres Arbeitspensum als die von C. \_\_\_\_\_ als zumutbar erachteten 50% nicht zumutbar (BVGer-act. 2).

**8.3** Die vorinstanzliche Beurteilung stützt sich im Wesentlichen auf die nachfolgende medizinische Dokumentation:

**8.3.1** Zunächst sind drei Berichte von C. \_\_\_\_\_ zu handen der IV-Stelle aktenkundig. Der Bericht vom 28. August 2006 (IV-act. 22) nennt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine neurotische Depression sowie dissoziative Phasen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine abhängige Persönlichkeitsstörung sowie eine Co-Abhängigkeit aufgeführt. In ihrem Bericht vom 17. Februar 2010 (IV-act. 27) wurden dissoziative Phasen sowie eine Zwangsstörung (F42.22) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde zudem eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) gestellt. Im Bericht vom 11. Juni 2013 (IV-act. 34) wurde festgehalten, dass es zu keiner Änderung der Diagnosen gekommen sei und es wurden dieselben Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt, wie im Bericht vom 17. Februar 2010. In beiden Berichten wurde der Beschwerdeführerin eine 50% Arbeitsunfähigkeit attestiert.

**8.3.2** Zur Feststellung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit hat die Vorinstanz bei Dr. E. \_\_\_\_\_ ein psychiatrisches Gutachten eingeholt, welches am 8. Januar 2014 erstellt wurde (IV-act. 42). Das monodisziplinäre Verlaufs-Gutachten basiert auf einer psychiatrischen Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 18. Dezember 2013 und be-

rücksichtigt die bestehende psychiatrische und allgemeinmedizinische Dokumentation (IV-act. 42 S. 3-4). Der Gutachter gelangte zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger Remission (ICD:10 F33.4) sowie akzentuierte (histrionische und abhängige) Persönlichkeitszüge (ICD:10 Z73.1). Er beurteilte, die anamnestisch eruierbaren Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien nicht. Insbesondere lasse sich keine andauernd bedrückt traurige oder gereizt-aggressive Stimmung, auch keine andauernd verminderte Energie oder Müdigkeit, keine Freud- oder Lustlosigkeit und auch keine Interessenlosigkeit nachweisen. Insgesamt hinterlasse die Beschwerdeführerin einen vitalen Eindruck, die affektive Modulationsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Die subjektiv geklagte Müdigkeit und verminderte Energie und auch eine verminderte Konzentrationsfähigkeit liessen sich klinisch nicht feststellen. Ihren eigenen Angaben zufolge gehe es der Beschwerdeführerin bezüglich der depressiven Symptomatik besser als vor Jahren und sie leide nicht mehr unter Suizidgedanken, welche nur noch sehr selten aufträten. Zudem solle sich das Selbstvertrauen gebessert haben. Auch im Vergleich mit den Befunden der psychiatrischen Begutachtung vom Jahre 2005 sei es bis heute zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik habe die bisherige Behandlung bei C.\_\_\_\_\_ geführt, im Speziellen die Psychotherapie und – bis vor einem Jahr – die psychopharmakologische Therapie. Als Ausdruck der Verbesserung der depressiven Symptomatik dürfe auch die Tatsache gewertet werden, dass die Sitzungsfrequenz bei C.\_\_\_\_\_ von zu Beginn einmal wöchentlich auf einmal monatlich reduziert worden sei. Die rezidivierende depressive Störung könne aktuell als remittiert beurteilt werden. Aufgrund unpräziser Angaben seitens der Beschwerdeführerin lasse sich der Zeitpunkt der Remission nicht verlässlich beurteilen. Glaubhaft bringe sie vor, dass sie zur Verbesserung ihrer seit der Kindheit bestehenden Selbstwertprobleme gerne wieder einer Berufstätigkeit nachgehen würde, sie jedoch seit dem Jahre 2008 keine Arbeit mehr habe finden können. Bezüglich der dissoziativen Symptome sei es zu einer deutlichen Verbesserung gekommen und die entsprechende Verdachtsdiagnose lasse sich aktuell kaum mehr aufrechterhalten.

**8.3.3** Am 13. Juni 2014 reichte die behandelnde Psychotherapeutin C.\_\_\_\_\_ zusammen mit dem delegierenden Psychiater, Dr. H.\_\_\_\_\_, eine Stellungnahme zum psychiatrischen Gutachten vom 8. Januar 2014 ein (IV-act. 52). In dieser führte sie aus, die Situation habe sich seit Januar

deutlich verschlechtert. Seit Mai 2014 betreue die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrer Schwester und der Spitex die diabeteskranke Mutter. Diese vermehrte Verantwortung für die Mutter und deren offenbar weiterhin sehr entwertender Umgang mit der Beschwerdeführerin verbunden mit grossen Ansprüchen, führe zum Wiederaufleben alter Wut- und Hassgefühle, was zu destruktiven Phantasien und der Angst, die Affektkontrolle zu verlieren, führe. Damit verbunden seien schwere Schlafstörungen und vermehrte Vergesslichkeit. Dies zeige, wie rasch die Beschwerdeführerin durch äussere Umstände wieder aus dem Gleichgewicht gebracht werden könne. Aktuell müsse wieder von einer depressiven Episode gesprochen werden. Die dissoziativen Störungen träten in ruhigen Zeiten kaum auf, zeigten sich jedoch unter psychischer Belastung vermehrt, was sich in Konzentrationsstörungen manifestiere. In diesem Zusammenhang träten auch die zu einem früheren Zeitpunkt diagnostizierten Zwangsstörungen im Sinne zwanghaft anmutender Impulse wieder auf, welche heute jedoch vielmehr als Grübelzwang im Zusammenhang mit der depressiven Episode gesehen würden. Daher sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage mehr als 50% zu arbeiten.

**8.3.4** Dr. E.\_\_\_\_\_ bezog am 6. Oktober 2014 seinerseits Stellung zum Bericht vom 13. Juni 2014 (IV-act. 59). Dabei wies er darauf hin, dass der Bericht zum ersten Mal erneut eine depressive Episode diagnostiziere, obwohl diese Diagnose in früheren Berichten nie gestellt worden sei. Die im Januar 2014 diagnostizierte Remission der Depression sei als labil bezeichnet worden. Doch entsprächen die von ihr beschriebenen Psychopathologien den zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien nicht. In Bezug auf die dissoziative Störung wurde sodann vorgebracht, dass eine solche nicht alleine durch Konzentrationsstörungen begründet würde. Zudem sei in den beiden vorangehenden Berichten keine dissoziative Störung diagnostiziert worden.

**8.3.5** Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, erklärte in seiner Stellungnahme vom 20. Oktober 2014, Dr. E.\_\_\_\_\_ habe die Einschätzung von C.\_\_\_\_\_ ausführlich gewürdigt. Ergänzend hielt er fest, die Diagnostik der Affektstörung sei inkonsistent und eine Depression mit IV-Relevanz könne im Längsschnittbild nicht bestätigt werden. Die angegebene Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht nachvollziehbar. Es seien weder die ICD-10 Kriterien erfüllt, noch sprächen die Befunde dafür. Die aufgeweckten Wut- und Hassgefühle seien invaliditätsfremd, zeitlich

begrenzt und stellten kein syndromales Krankheitsbild dar. Die aggressiven Impulse reichten ebenso wenig aus, um eine Depression zu diagnostizieren. Zudem lasse sich eine Persönlichkeitsstörung der Anamnese nicht entnehmen bzw. wäre eine solche, würde sie bestehen, höchstens leichten Grades und damit ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gewesen.

**8.3.6** Im Rahmen des vorliegenden Verfahrens reichte die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 21. November 2014 ein, die von Dr. H. \_\_\_\_\_ mitunterzeichnet wurde. Diese ist nur zu berücksichtigen, soweit sie Rückschlüsse auf den Zeitpunkt des Verfügungserlasses erlaubt. Dabei wird im Wesentlichen ergänzend ausgeführt, wie von Dr. E. \_\_\_\_\_ richtig moniert, handle es sich bei den Ängsten und Phantasien nicht um den tatsächlichen Verlust der Affektkontrolle. Dies spreche jedoch nicht gegen eine erneute depressive Episode, seien doch Schuldgefühle über aggressive Gedanken und Impulse ein Bestandteil von depressiven Verstimmungen. In diesem Zusammenhang berichte die Beschwerdeführerin seit Februar 2014 über die zunehmenden Probleme mit der Mutter und ihren erneuten Schlaf- und Konzentrationsstörungen.

## **9.**

Vorliegend strittig sind die relevanten psychiatrischen Diagnosen und Befunde sowie die daraus resultierenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Im Streitpunkt stehen die Einschätzungen der behandelnden Psychotherapeutin C. \_\_\_\_\_ einerseits und die Beurteilung durch Dr. E. \_\_\_\_\_ andererseits. Zu berücksichtigen gilt dabei, dass der RAD-Arzt im Wesentlichen letzterem gefolgt ist.

**9.1** Das von Dr. E. \_\_\_\_\_ erstellte Gutachten vom 8. Januar 2014 ist gemäss den Vorgaben in den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten gegliedert. Zunächst werden die psychiatrisch relevanten Akten aufgeführt, dann folgen die Einzelheiten der Untersuchung bestehend aus spontanen Angaben der Beschwerdeführerin sowie eines vertiefenden Interviews, worin insbesondere die aktuelle Situation eingehend analysiert, aber auch die Vorgeschichte berücksichtigt wird. Sodann enthält das Gutachten eine Befunderhebung, Angaben von Drittpersonen (in casu der behandelnden Psychotherapeutin) sowie abschliessend eine ausführliche medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung mit Diagnostikstellung, Beurteilung, Diskussion und Stellungnahmen zu früheren ärztlichen Berichten. Damit entspricht das Gutachten den gestellten Anforderungen und hat vollen Beweiswert.

**9.2** In Bezug auf die Stellungnahmen der behandelnden Psychotherapeutin C. \_\_\_\_\_ gilt – wie allgemein bei Berichten von Hausärzten und Spezialärzten – dass der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass mitunter im Hinblick auf die auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten der Patienten ausgesagt wird (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Kommt hinzu, dass C. \_\_\_\_\_ selber über keine medizinische Ausbildung und entsprechend über keinen Facharztstitel in der erforderlichen Disziplin der Psychiatrie verfügt. Damit ist der Beweiswert ihrer Berichte und Stellungnahmen grundsätzlich zu relativieren. Dies gilt im Besonderen für die ausschliesslich von ihr unterzeichneten Berichte (vom 17. Februar 2010 und vom 11. Juni 2013). Hingegen wurden die Stellungnahmen vom 13. Juni 2014 und vom 21. November 2014, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin attestieren, zusätzlich vom delegierenden Psychiater Dr. H. \_\_\_\_\_ visiert wurden. Aus den Akten geht jedoch nicht hervor, dass dieser die Beschwerdeführerin selber untersucht hätte. Der Inhalt der Stellungnahmen, die Ich-Erzählform sowie der Briefkopf, der auf C. \_\_\_\_\_ lautet, lassen zudem darauf schliessen, dass Dr. H. \_\_\_\_\_ auch nicht die Supervision hatte. Damit kann auf die Stellungnahmen vom 13. Juni 2014 und vom 21. November 2014 ebenfalls nur beschränkt abgestellt werden.

**9.3** Demnach ist grundsätzlich auf die nachvollziehbaren und überzeugenden Feststellungen von Dr. E. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten abzustellen. Diese wurden von C. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen auch nicht beanstandet. Vielmehr wird eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht, die *nach* der gutachterlichen Beurteilung vom 8. Januar 2014 eingetreten ist. Daher bleibt es bei der Beurteilung der geltend gemachten depressiven Episode und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

**9.3.1** In ihrer Stellungnahme vom 13. Juni 2014, welche inhaltlich im Wesentlichen mit derjenigen vom 21. November 2014 übereinstimmt, erklärte C. \_\_\_\_\_, die Belastung durch die aktuelle Situation mit der Mutter führe dazu, dass erneut von einer depressiven Episode gesprochen werden müsse. Als Symptome nennt sie das Wiederaufleben alter Wut- und Hassgefühle, was zu destruktiven Phantasien führe und der Angst, die Affektkontrolle zu verlieren. Damit verbunden seien schwere Schlafstörungen und vermehrte Vergesslichkeit. C. \_\_\_\_\_ erklärt jedoch nicht, in Bezug auf welche frühere Einschätzung heute erneut von einer depressiven Episode gesprochen werden kann, wurde eine solche doch weder im Bericht vom 11. Juni 2013 noch in demjenigen vom 17. Februar 2010 diagnostiziert

und auch nicht erwähnt. In ihren psychologischen Berichten vom 17. August 2004 und vom 28. August 2006 nannte C.\_\_\_\_\_ zwar eine neurotische Depression. Doch klärte Dr. E.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 6. Oktober 2014 auf, dass dies nach der heutigen Diagnostik gemäss ICD-10 einer Dysthymia gleich käme, welche jedoch per Definition von leichtem Schweregrad sei und damit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Zudem beschreibt C.\_\_\_\_\_ zwar Gefühle, Phantasien und Ängste der Beschwerdeführerin. Dies bestätigt jedoch ebenfalls, dass, anders als in früheren Beurteilungen – beispielsweise im Bericht vom 17. Februar 2010 (IV-act. 27) – die Affektkontrolle zwischenzeitlich möglich ist. Selbst wenn diese Kontrolle in „schlechteren“ Zeiten mit grösseren Anstrengungen verbunden ist, so scheint die Beschwerdeführerin dennoch nicht mehr gänzlich in alte Muster zurückzufallen, was die Einschätzung eines grundsätzlich verbesserten psychischen Gesundheitszustandes bestätigt.

**9.3.2** Hinsichtlich der dissoziativen Störung sodann erklärt C.\_\_\_\_\_, diese träte in „ruhigen Zeiten“ kaum auf, zeige sich jedoch unter psychischer Belastung wieder vermehrt, was sich in Konzentrationsstörungen manifestiere. Da diese Konzentrationsstörungen nicht in einen konkreten Zusammenhang mit dem Alltag oder in einer beispielhaften Aufzählung erörtert werden, bleibt ungeklärt, inwiefern sich dies in konkreten Situationen äussert. Aufgrund der pauschalen Feststellung des Symptoms lässt sich daraus weder einen Krankheitswert ableiten noch lassen sich die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit bestimmen. Der Einwand von Dr. E.\_\_\_\_\_, wonach Konzentrationsstörungen alleine die Diagnose einer dissoziativen Störung nicht zu begründen vermögen, ist damit nachvollziehbar.

**9.3.3** Auffallend ist, dass sich die beschriebenen Veränderungen seit dem Gutachten vom 8. Januar 2014 in erster Linie auf die Wiedergabe der subjektiven Wahrnehmungen der Beschwerdeführerin stützen. Hingegen fehlt eine klare objektive Einschätzung durch die untersuchende Therapeutin. Die Diagnose einer erneuten depressiven Episode ist daher kaum nachvollziehbar. Mithin bleibt unklar, welche Symptome in ihrer Gesamtheit im konkreten Fall die Diagnosestellung überhaupt erlauben. Ebenso wenig wird dargelegt, wie sich die geltend gemachten Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken bzw. inwiefern sie die Leistungsfähigkeit einschränken. Dasselbe gilt für die dissoziative Störung. Abgesehen von Konzentrationsstörungen werden keine weiteren in diesem Zusammenhang auftretenden Beschwerden aufgeführt und es wird auch nicht dargelegt,

inwiefern dieses Symptom für sich genommen die Diagnose einer dissoziativen Störung erlaubt. Es fehlt an einer nachvollziehbaren Auflistung der bestehenden Symptome, aus welcher sich klare Diagnosen formulieren lassen, anhand derer die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestimmt werden kann. Die Wiedergabe pauschaler Feststellungen und des subjektiven Erlebens der Beschwerdeführerin sowie ein in sich nicht konsistenter Globalverweis genügen jedenfalls nicht um eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachvollziehbar zu begründen.

**9.4** Damit vermögen die Stellungnahmen von C.\_\_\_\_\_ die Beurteilungen im psychiatrischen Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Insbesondere sind sie nicht geeignet, die behauptete relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nachvollziehbar darzulegen. Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in jeglicher ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit, spätestens seit dem 18. Dezember 2013, ganztags ohne Leistungseinschränkung auszugehen ist.

## **10.**

**10.1** Nach ständiger Rechtsprechung können Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, nicht ohne Weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden (SVR 2011 IV Nr. 73 [9C\_228/2010] E. 3 mit Hinweisen). Vielmehr sind in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis die Betroffenen in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (Urteile BGer 8C\_724/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5.5 und 8C\_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2, je mit Hinweisen). Dies bedeutet nicht, dass im revisions- oder wiedererwägungsrechtlichen Kontext ein Besitzstandsanspruch geltend gemacht werden könnte. Den Betroffenen wird lediglich zugestanden, dass – von Ausnahmen abgesehen – aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteil BGer 9C\_920/2013 vom 20. Mai 2014 E. 4.4 und 9C\_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.3; vgl. auch PETRA FLEISCHANDERL, Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente, in: SZS 2012 S. 360 ff.).

**10.2** Mit der angefochtenen Verfügung hob die Vorinstanz die Rente per 31. Dezember 2014 auf. Zu diesem Zeitpunkt war die Beschwerdeführerin bereits 56 Jahre alt (zum massgeblichen Zeitpunkt vgl. BGE 141 V 5 E. 4). Damit ist eine der Voraussetzungen erfüllt und die Beschwerdeführerin hat – vor Einstellung der Rente – grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen (vgl. Urteil des BGer 9C\_661/2014 vom 17. September 2015 E. 3.2). Wie sich aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. R. von Arb vom 8. Januar 2013 ergibt, ist die Beschwerdeführerin motiviert, wieder einer Tätigkeit nachzugehen. Aus psychiatrischer Sicht wurden berufliche Massnahmen – ohne spezielle Anforderungen an den künftigen Arbeitsplatz – als indiziert erachtet (IV-act. 42 S. 16). Die Beschwerdeführerin ist bis 2008 einer 50% Erwerbstätigkeit nachgegangen. Sie hat die Arbeit nicht von sich aus verlassen, sondern es wurde ihr gekündigt. Weiter zu berücksichtigen ist neben dem Alter, dass die Beschwerdeführerin zwar über eine Schulbildung aber über keine berufliche Ausbildung verfügt. Hingegen wurde der Beschwerdeführerin nur eine halbe Invalidenrente ausgerichtet, während weiterhin eine 50% Arbeitsfähigkeit bestand ohne dass dabei weitere Einschränkungen bestanden. Insgesamt kann die Beschwerdeführerin nicht auf eine gefestigte und unter den heute herrschenden Verhältnissen aktualisierbare berufliche Erfahrung zurückgreifen, welche für die Selbsteingliederung auf dem freien Arbeitsmarkt nutzbar ist bzw. wäre.

**10.3** Bei diesem Ergebnis hätte die Vorinstanz – nachdem die Motivation der Beschwerdeführerin bereits festgestellt wurde (Art. 21 Abs. 4 ATSG) - die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit prüfen müssen und die nach den konkreten Umständen sich als unerlässlich herausstellenden Eingliederungsmassnahmen an die Hand zu nehmen müssen, sofern und soweit deren Voraussetzungen erfüllt sind, was jedoch unterblieb. Demzufolge ist ihr die Sache zurückzuweisen, damit sie die zumutbare Selbsteingliederung prüfe (vgl. SVR 2015 IV Nr. 41; Urteil des BGer 9C\_940/2012 E. 5.3). Anschliessend ist über die revisionsweise Aufhebung des Rentenanspruchs neu zu verfügen (SZS 2009 S. 147, 9C\_720/2007 E. 4.2; Urteile 9C\_128/2013 vom 4. November 2013 E. 4.3; 9C\_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2). In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

Abzuweisen ist hingegen der Antrag der Beschwerdeführerin, es sei ihr eine halbe Rente zuzusprechen.

**11.**

**11.1** Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**11.2** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Kosten aufzuerlegen. Ihr ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**11.3** Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

Dispositiv Seite 24

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- wird dieser nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Giulia Santangelo

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: