



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. Juli 2017 (720 17 42 / 177)

Invalidenversicherung

Würdigung der Arztberichte

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Michelle Wahl, Advokatin, Fischmarkt 12, 4410 Liestal

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1969 geborene A.____ arbeitete zuletzt als kaufmännische Angestellte bei der B.____ in einem hälftigen Teilzeitpensum. Am 30. April 2004 meldete sie sich bei der IV-Stelle C.____ aufgrund einer psychischen Erkrankung zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle C.____ sprach A.____ mit Einspracheentscheid vom 18. August 2006 eine ganze IV-Rente unter Anwendung der gemischten Methode zu. Nach durchgeführtem Revisionsverfahren teilte die nun zuständige IV-Stelle D.____ A.____ mit Schreiben vom 21. April 2009 mit, dass sich die Einschränkung im Haushalt aufgrund der verminderten Kinderbetreuung von 61 % auf 50 % redu-

ziert habe. Dies habe jedoch keinen Einfluss auf die Rentenhöhe, sie habe weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente bei einem IV-Grad von 75 %.

Im Rahmen eines weiteren Revisionsverfahrens durch die nun zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft wurde bei A.____ eine Abklärung im Haushaltsbereich durchgeführt und mit dem Fragebogen zur Ermittlung der Erwerbsfähigkeit ein Verhältnis der Erwerbstätigkeit zur Haushaltstätigkeit von 80 % zu 20 % festgelegt. Gestützt auf ein bidisziplinäres Gutachten von Dr. med. E:____, FMH Neurologie, und Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Februar 2015 wurde die Rente mit Verfügung vom 4. Januar 2017, nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren, aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 20 % aufgehoben.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokatin Michelle Wahl, am 6. Februar 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihr weiterhin eine ganze IV-Rente auszurichten. Des Weiteren wurde die unentgeltliche Rechtspflege beantragt.

C. Mit Verfügung vom 10. Februar 2017 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Michelle Wahl als Rechtsvertreterin bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 26. April 2017 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihrer Eingabe eine Beurteilung von Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 27. März 2017 bei.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 24. Juni 2016 ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während

eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Dabei ist zu betonen, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das

Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

3.3 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG).

3.4 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; Art. 28a Abs. 3 IVG). Ist bei diesen Versicherten anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27^{bis} IVV).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu-

geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, 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 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle die der Versicherten seit 1. August 2004 ausgerichtete ganze Invalidenrente zu Recht per Ende Februar 2017 aufgehoben hat.

5.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen).

5.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens (vgl. dazu BGE 137 V 253 E. 3.4.2.3) zurückzuführen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

5.3 Bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhalts in Revisionsfällen im Sinne des Art. 17 ATSG ist überdies Folgendes zu beachten: Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt, bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer ent-

scheidungserheblichen Differenz in den - den medizinischen Gutachten 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 (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), 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. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des Schweizerischen Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.2, und A. vom 26. März 2015, 9C_710/2014, E. 2).

5.4 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Einspracheentscheid vom 18. August 2006 rückwirkend ab 1. August 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 81 % eine ganze Invalidenrente zu. Im März 2008 leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren ein, in dessen Rahmen eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts erfolgte, wobei die IV-Stelle damals diverse ärztliche Berichte einholte und eine Haushaltsabklärung durchführte. Gestützt auf die Ergebnisse teilte die IV-Stelle D. ____ A. ____ mit Schreiben vom 21. April 2009 mit, dass sich die Einschränkung im Haushalt aufgrund der verminderten Kinderbetreuung von 61 % auf 50 % reduziert habe. Dies habe jedoch keinen Einfluss auf die Rentenhöhe; sie habe weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente bei einem IV-Grad von 75 %. Im Rahmen des neuerlichen Rentenrevisionsverfahrens hat die IV-Stelle eine weitere Überprüfung des Rentenanspruchs der Versicherten eingeleitet und die erforderlichen Abklärungen vorgenommen. Gestützt auf die Abklärungsergebnisse hob die IV-Stelle die laufende ganze Invalidenrente der Versicherten mit Verfügung vom 4. Januar 2017, nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren, aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 20 % auf.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2017 allenfalls eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten Rente rechtfertigt, bildet demnach die Situation, wie sie im Zeitpunkt der Mitteilung vom 21. April 2009 bestand; denn laut Art. 74^{ter} lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 bedarf es keiner Verfügung, wenn die Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision weiter ausgerichtet wird, sofern keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wird, was hier der Fall war. Eine solche Mitteilung ist, wenn keine Verfügung verlangt worden ist (Art. 74^{quater} IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_1005/2009, E. 3.2 mit Hinweis).

6. Zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache liegen im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen vor:

6.1 Im Zeitpunkt der Rentenzusprache im August 2006:

6.1.1 Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hält mit Arztbericht vom 1. Juli 2004 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F60.31)
- Rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0)
- Somatische Erkrankungen
 - Bekannter Diskusprolaps in der HWS (M51.1)
 - Migräne mit Migraine ophthalmique (G43.8)
 - St.n. lateraler HWS-Distorsion m/b schmerzhafter muskulärer Verspannung in der HWS (S13.4)

Die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bezifferte er mit 50-60 %.

6.1.2 Im Bericht der Klinik I.____ vom 22. April 2005 zur zweiten Hospitalisation in der Klinik werden folgende Diagnosen gestellt:

- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F60.31) mit Selbstverletzung
- Rezidivierende depressive Erkrankung, aktuell mittelgradige Episode (F33.1) latenter Suizidalität
- Status nach lateraler HWS-Distorsion (S13.4)
- Bekannter Diskusprolaps in der HWS (M51.1)
- Arterielle Hypertonie (I10)
- Adipositas (E66.9)
- Migräne

6.1.3 Mit Schreiben vom 23. August 2005 führt Dr. H.____ aus, er halte an seiner ursprünglichen Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in der genannten Schätzung von 50-60 % fest. Die enorme Instabilität in der psychischen Verfassung bei weiterhin bestehenden grossen psychosozialen Belastungsfaktoren erschwere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Phasen von 100 % Arbeitsunfähigkeit und Phasen von eingeschränkter Arbeitsfähigkeit würden sich abwechseln.

6.2 Wesentliche Arztberichte im Zeitpunkt der ersten Rentenrevision im April 2009:

6.2.1 Dr. H.____ diagnostiziert mit Arztbericht vom 8. September 2008 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Typus Borderline mit Differentialdiagnose einer ADHS sowie eine rezidivierende depressive Erkrankung mit gegenwärtig leichter Episode sowie somatische Erkrankungen. Die Prognose sei sehr ungewiss. Im Verlauf der Behandlung seien Fortschritte in den Denk- und Verhaltensmustern sichtbar geworden. Ebenso hätten über weite Strecken erneute stationäre Behandlungen vermieden werden können. Andererseits bestehe die Gefahr der Dekompensation der psychischen Verfassung so-

wie der sozialen Situation. Ein Teil der Symptome habe sich bisher durch medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung nicht beeinflussen lassen. Alle bisherigen Arbeitsversuche, welche die Versicherte in den letzten Jahren selber unternommen habe, seien gescheitert. Die Versicherte traue sich nun praktisch überhaupt nichts mehr zu.

6.2.2 Im Arztbericht der Klinik I.____ vom 12. Dezember 2008 wird eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als kaufmännische Angestellte im Behandlungszeitraum vom 19. Mai - 10. Juli 2008 (teilstationäre Behandlung während fünf Tagen pro Woche) attestiert. Die Patientin sei in den letzten 7 Jahren zweimal in stationärer Behandlung in der Klinik I.____ und zweimal in der Klinik J.____ sowie 10 Monate im Jahr 2001 in der Tagesklinik des K.____ hospitalisiert gewesen. Seit der letzten Hospitalisation vom 18. März - 28. April 2005 in der Klinik I.____ habe sich im weiteren Verlauf gezeigt, dass die emotional instabile Persönlichkeitsstruktur der Patientin in den Hintergrund getreten sei. Insbesondere sei es zu keinem selbstverletzenden Verhalten mehr gekommen. Dies weise auf eine vermehrte Stabilität hin, wenngleich die Patientin noch heute unter starken Stimmungsschwankungen leide. Es sei davon auszugehen, dass bei ausreichender Stabilität berufliche Massnahmen durchgeführt werden könnten, wobei auf einen gut strukturierten und stabilisierenden Rahmen zu achten wäre.

6.2.3 Mit Bericht vom 15. April 2009 verweist Dr. H.____ auf seine Diagnosen vom 8. September 2008. Die Prognose sei ungewiss. Im Verlauf der Behandlung seien Fortschritte in den Denk- und Verhaltensmustern sichtbar. Ebenso hätten erneute stationäre Behandlungen vermieden werden können. Ein Teil der Symptome würde sich durch die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung bisher nicht beeinflussen lassen. Diesem Bericht legte Dr. H.____ eine Verlaufszusammenfassung der Tagesklinik I.____ vom 27. September 2008 betreffend die Teilstationäre Behandlung vom 19. Mai bis 10. Juli 2008, während fünf Tagen pro Woche, bei. Darin wurde ausgeführt, dass die Patientin bei Eintritt bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen sei. Der Gedankengang sei formal und gedanklich unauffällig gewesen. Es hätten keine Phobien, jedoch Ängste im Sinne von Zukunftsängsten bestanden. Das Selbstvertrauen sei vermindert, Selbstwertgefühl reduziert. Es hätten starke Stimmungsschwankungen bestanden, teilweiser Lebensüberdross, jedoch von akuter Suizidalität distanziert.

6.3 Wesentliche Arztberichte in der Zeit von April 2009 bis zur angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2017:

6.3.1 In einem weiteren Bericht hält Dr. H.____ am 4. März 2011 fest, die Versicherte sei am 20. Juli 2009 nachts auf dem Nachhauseweg mit dem Velo überfallen und massiv bedroht worden. In der Folge habe sie Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt, die die weitere Behandlung und auch die beruflichen Reintegrationsbemühungen zusätzlich erschwerten.

6.3.2 Mit Arztbericht vom 14. Mai 2013 diagnostiziert Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine akzentuierte Persönlichkeit (F60.31), eine rezidivierende depressive Störung ohne psychotische Symptome (F33.2), eine

Panikstörung mit Agoraphobie und eine PTSD nach Überfall mit Messerattacke 2009 (F43.1). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei der Versicherten zwei Stunden pro Tag zumutbar.

6.3.3 In ihrem Arztbericht vom 22. Mai 2014 diagnostiziert Dr. K._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung ohne psychotische Symptome (F33.2) derzeit leicht, eine Panikstörung mit und ohne Agoraphobie (F40.01) und eine Schlafstörung (F51.0). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Hepatopathie diagnostiziert, welche die Medikation erschwere. Darüber hinaus würden migräneartige Kopfschmerzen bestehen. Die Belastbarkeit sei reduziert, es würden Konflikte mit Kolleginnen bestehen und sie sei häufig krankheitsbedingt abwesend.

6.3.4 Im Austrittsbericht der L._____ vom 9. Oktober 2014 über den Aufenthalt der Patientin vom 12. Juli bis 2. Oktober 2014 werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11), eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01), Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) sowie ein PLMS diagnostiziert. Die Mutter der Patientin sei verstorben, als sie in der 4. Klasse gewesen sei. Im häuslichen Umfeld habe sie vermehrt körperliche Gewalt erleben müssen. Während der Pubertät sei sie vermehrt sexuell missbraucht worden, ihr Vater habe sie aus finanziellen Gründen prostituiert. Sie habe sich folglich wiederholt im Gesicht selber verletzt, um unattraktiver zu werden. Nach Androhung einer Anklage habe der Vater die Prostitution beendet. Nach „Burnout“ vor etwa 14 Jahren seien vier stationäre Aufenthalte zur Therapie depressiver Störungen in der J._____ und auf der I._____ erfolgt. Vor vier Jahren habe sie einen Überfall erlebt. Zwei Männer hätten sie mit einem Messer bedroht, dies sei traumatisierend gewesen. Seither hätten sich die Ängste ausgebreitet, sie traue sich nicht mehr alleine aus dem Haus und sie habe eine Verstärkung der Panikstörung erlebt. Bei Austritt sei die Patientin wach und bewusstseinsklar sowie zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person orientiert gewesen. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien regelrecht gewesen. Es hätten keine formalen Denkstörungen, keine Zwänge bestanden. Sie sei ängstlich und unsicher bezüglich des Austritts gewesen. Es seien kein Wahn, keine Sinnestäuschungen und keine Ich-Störungen eruierbar gewesen. Zwischenzeitlich sei sie innerlich unruhig, angespannt gewesen. Es hätten keine Antriebs- oder psychomotorischen Störungen, keine circadianen Besonderheiten, kein sozialer Rückzug, keine Aggressivität, keine Suizidalität, keine Selbstschädigung und keine Appetenzstörungen bestanden. Sie sei krankheitseinsichtig gewesen und es hätten Durchschlafstörungen, Verkürzung der Schlafdauer und Müdigkeit bestanden. Zum Prozedere nach Austritt wurde ausgeführt, die Patientin habe während des Aufenthaltes auf der verhaltenstherapeutischen Station auf depressiver Ebene stabilisiert werden und einen funktionalen Umgang mit paroxysmalen Ängsten erlernen können. In wiederholten Heimtrainings habe das Erlernte zudem im häuslichen Umfeld umgesetzt werden können, weshalb die Patientin erneut in ihre alte Wohnform zurückkehren könne. Das psychopharmakologische Monitoring werde weiterhin bei Dr. K._____ erfolgen. Die psychotherapeutische Weiterbehandlung werde auf Wunsch der Patientin von der hausinternen, verhaltenstherapeutischen Ambulanz im wöchentlichen Setting übernommen. Es bestehe eine deutliche Indikation zur weiterführenden, spezifischen, biographischen und traumatherapeutischen Behandlung.

6.3.5 Am 10. Februar 2015 (Fertigstellung des psychiatrischen Gutachtens) wurde ein bidisziplinäres Gutachten (neurologisch/psychiatrisch) von Dr. med. E.____ und Dr. med. F.____ erstellt.

Dr. E.____ hält folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- PLMS (Periodic-Limb-Movement Syndrom) mit Schlafstörungen leichtes, linksseitiges Cervicalsyndrom
- ohne damitverbundene neurologische Ausfälle
- Status nach wahrscheinlicher HWS Distorsion am 21.06.03

Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr. E.____ aus, aufgrund der Schlafstörungen/Periodic-Limb-Movement-Syndrom liege eine generelle Einschränkung der Arbeitseffizienz vor, diese könne auf höchstens 20 % bezogen auf ein Tagespensum eingeschätzt werden. Damit seien auch vermehrte Pausen anlässlich einer Arbeitstätigkeit berücksichtigt. Aufgrund des leichten Zervikalsyndroms seien körperliche schwere Arbeiten, regelmässige Tätigkeiten über Kopf sowie lange Zwangsstellungen im Bereich der HWS nicht mehr zumutbar. Die Explorandin habe verschiedene Tätigkeiten erlernt. Einerseits habe sie eine kaufmännische Lehre, dann eine Ausbildung zur diplomierten Geburtsvorbereiterin abgeschlossen, weiter sei sie auch zertifizierte Kursleiterin im Bereich Erwachsenenbildung. Für alle diese Tätigkeiten würden die genannten generellen Einschränkungen gelten. Es sei anzunehmen, dass diese Einschränkungen bereits seit Jahren vorliegen würden. Zumutbar seien aus rein neurologischer Sicht körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne regelmässige Tätigkeiten über Kopf und ohne lange Zwangsstellungen im Bereich der HWS. Solche Tätigkeiten könnten in vollem Pensum mit einer Einschränkung der Arbeitseffizienz von 20 % zugemutet werden, wobei vermehrte Pausen anlässlich der Arbeitstätigkeit damit berücksichtigt seien.

Dr. F.____ hält aus psychiatrischer Sicht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10:F40.01) fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert er eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger Remission (ICD-10:F33.4) sowie anamnestisch eine ADS (ICD-10:F90.0). In seiner Beurteilung führt Dr. F.____ aus, anamnestisch liessen sich seit 14 Jahren die Symptome der Panikattacken und agoraphober Ängste, die intermittierend und unterschiedlich häufig auftreten, nachweisen. Die Versicherte sei wegen einer Verschlechterung bezüglich Häufigkeit der Panikattacken von Juli 2014 bis September 2014 in der L.____ hospitalisiert gewesen. Gemäss den Akten habe die letzte psychiatrische Hospitalisation vom 18. März 2005 bis 28. April 2005 in der Klinik I.____ stattgefunden. Dem Austrittsbericht der Tagesklinik I.____ vom 12. Dezember 2008 sei zu entnehmen, dass im Verlauf die instabile Persönlichkeitsstruktur der Explorandin in den Hintergrund getreten sei, insbesondere soll es zu keinem selbstverletzenden Verhalten mehr gekommen sein, was auf eine vermehrte Stabilität hinweise, obwohl die Versicherte damals noch unter starken Stimmungsschwankungen gelitten habe. Seit dem Jahre 2005 habe keine weitere psychiatrische Hospitalisation mehr stattgefunden bis im Juli 2014. Darüberhinaus habe sich die Explorandin im Jahre 2008 für 5 Monate in einer teilstationären Behandlung in der Klinik I.____ befunden. Auffallend sei, dass es in den Jahren 2001 bis 2005 zu insgesamt sieben psychiatri-

schen Hospitalisationen gekommen sei, seither bis im Juli 2014 zu keiner weiteren mehr. Dies weise auf eine deutliche Stabilisierung des Gesundheitszustandes hin. Die Tatsache, dass in den Jahren 2005 und 2014 keine weitere vollstationäre Hospitalisation mehr erfolgt sei, lediglich noch eine teilstationäre Behandlung im Jahre 2008 während 5 Monaten, dürfe als Ausdruck einer seit dem Jahre 2005 erfolgten Stabilisierung auch bezüglich der rezidivierenden depressiven Störung zu betrachten sein. Im Vergleich mit den Befunden der vorliegenden Berichte der Jahre 2001 bis 2005 der Klinik J.____ und der Klinik I.____ sei es bis heute ebenfalls bezüglich der depressiven Symptomatik zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Heute könne eine schwere depressive Episode auf dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung nicht mehr diagnostiziert werden. Es sei diesbezüglich zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren lasse sich auch die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typus Borderline heute nicht mehr stellen. Aufgrund der Beschwerden vonseiten der Agoraphobie und der Panikstörung sowie der damit verbundenen intermittierenden Beeinträchtigung der erwähnten Fähigkeiten lasse sich aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit von 40 % begründen, dabei mitenthalten sei eine gleichzeitige Verminderung der Leistungsfähigkeit. Aufgrund der diesbezüglich ungenauen Angaben der Explorandin könnten keine verlässlichen Aussagen über den Zeitpunkt der Verbesserung der psychischen Beschwerden und dadurch der Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Approximativ lasse sich ein solcher zum Zeitpunkt des Austritts aus der L.____ von Ende September 2014 festlegen. Vor der Hospitalisation in der L.____ ab 12. Juli 2014 sei, in Übereinstimmung mit den Akten, von einer etwa 70%-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen.

In der Konsensbesprechung der Gutachter vom 9. Februar 2015 wird festgehalten, dass als gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung diejenige des psychiatrischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden könne unter Mitberücksichtigung der Tatsache, dass der Versicherten lediglich körperlich adaptierte Tätigkeiten, entsprechend dem neurologischen Belastbarkeitsprofil, zumutbar seien. Es bestehe kein additiver Effekt der Einschränkung aus neurologischer und psychiatrischer Sicht.

6.3.6 Mit Bericht vom 2. Juli 2015 nimmt die L.____ Stellung zum Teilgutachten von Dr. F.____. Es wird eine Agoraphobie mit Panikstörung, eine rezidivierende depressive Störung zu Beginn mittelgradige Episode, aktuell leichte Episode mit somatischem Syndrom, eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine PLMS diagnostiziert. Wiederkehrend erlebe die Patientin immer wieder depressive Episoden, die sich insbesondere in starker Niedergeschlagenheit, vermindertem Antrieb, gesteigerter Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Hoffnungslosigkeit, Freud- und Interessenlosigkeit sowie suizidalen Gedanken äussern würden. Durch eine Einstellung der IV-Rente würde sie ihre geschützte Arbeitsstelle verlieren, was einen grossen Verlust darstellen würde und möglicherweise zu einer Zunahme der depressiven sowie agoraphobischen Symptome führen würde.

6.3.7 Mit Schreiben vom 18. November 2015 an den RAD, führt Dr. F.____ Stellung zum Schreiben der L.____ vom 2. Juli 2015 aus, im Vergleich zum Zustand vor dem Eintritt in die L.____ im Juli 2014 sei es zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Diese Verbesserung

werde im Bericht der L. _____ nicht beschrieben. Der von der L. _____ beschriebene Verlauf, dass die Versicherte immer wieder depressive Episoden erlebe mit insbesondere starker Niedergeschlagenheit und vermindertem Antrieb sowie unter anderem einer Freud- und Interesselosigkeit, könne aufgrund der gutachterlichen Untersuchung allerdings nicht bestätigt werden. Die Versicherte habe zum Zeitpunkt der Untersuchung angegeben, dass sie sich seit dem Austritt aus der L. _____ sicher fühle, sie solle nie aggressiv gewesen sein, auch nicht speziell traurig, sie solle zudem fähig sein zu lachen und fröhlich zu sein. Ausserdem stehe die Versicherte seit dem 9. Oktober 2014 in ambulanter Behandlung. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Schweregrad der Depression bei Austritt lediglich noch leichtgradig gewesen sein dürfte, trotzdem werde im Bericht der L. _____ eine mittelgradige Episode ab 9. Oktober 2014 diagnostiziert. Im Bericht werde ausserdem eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Dazu seien keine eigenen erhobenen Befunde beschrieben worden, sodass dazu keine Stellungnahme möglich sei. Wie im Gutachten festgehalten worden sei, könne die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht gestellt und nicht bestätigt werden.

6.3.8 Mit Bericht vom 9. September 2016 nahm die L. _____ nochmals Stellung. Dabei wurde ausgeführt, die Patientin leide aktuell nach wie vor an wiederkehrenden agoraphobischen Ängsten mit Panikattacken. Diese Ängste würden unregelmässig vorkommen, die Häufigkeit liege durchschnittlich bei ein bis zwei Panikattacken pro Woche, zum Teil würden mehrere pro Tag auftreten. Die Zugstrecke M. _____ - N. _____ könne die Patientin nur in Begleitung und im Interregiozug (mit mehreren Stopps) vornehmen. Längere Zugstrecken seien momentan nicht einmal mit Begleitung denkbar. Bei gemeinsamen Konfrontationen im therapeutischen Setting seien die körperlichen Symptome direkt zu beobachten. Seit Juli 2014 seien auch Fortschritte erzielt worden, allerdings seien diese nicht stabil. Rückfälle würden auftreten, abhängig von externen Belastungsfaktoren. Die von Dr. F. _____ geschilderte Teilnahme an der Fasnacht sei ein Teil der Konfrontationsbehandlung und erfordere wegen gehäufter Panikattacken eine enge therapeutische Begleitung. Die Patientin weise keinen schweren sozialen Rückzug auf, allerdings seien ihr persönliche Treffen aufgrund der Ängste oft nicht möglich. Freundschaften würden telefonisch gepflegt. Der zu beobachtende Krankheitsverlauf sei typisch für komplexe Angststörungen. Die vorliegende Symptomatik würde in der Fachliteratur gerne auch als „komplexe Traumafolgestörung“ bezeichnet. Bei der Patientin sei nach wie vor eine moderat ausgeprägte emotionale Instabilität festzustellen, die sich in raschen Stimmungswechseln und durch das regelmässige Auftreten von Erregungszuständen äussere. Diese würden auch die Durchführbarkeit und nachhaltige Wirksamkeit von therapeutischen Konfrontationen einschränken. Bezüglich der depressiven Symptomatik sei festzuhalten, dass es trotz zum Teil mehrmonatiger Teilremission noch zu starken, jeweils von der Lebenssituation abhängigen, depressiven Einbrüchen kommen könne. Der Verlauf zeige sich weiterhin fluktuierend. Auch zum Zeitpunkt der Berichterstellung vom 2. Juli 2015 habe eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werden können und ebenso nach dem plötzlichen Tod ihrer Halbschwester Anfang Juli 2016 und dem Wegzug der leiblichen Schwester. Die Medikation habe erhöht werden müssen. Der Zustand habe sich stabilisiert, das Rückfallrisiko werde aber als hoch eingeschätzt. Nach Auffassung der L. _____ leide die Patientin an den Symptomen einer komplexen Traumafolgestörung. Der Therapieverlauf sei durch starke Schwankungen gekennzeichnet. Es bestehe eine hohe Vulnerabilität auf psychosoziale Belastungen, welche zu erheblichen Verschlechterungen

des Gesundheitszustandes führen könne. Die Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt werde bis auf weiteres als nicht realisierbar erachtet.

6.3.9 Der RAD-Arzt Dr. G.____ hält am 17. September 2016 fest, Dr. F.____ habe der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung attestiert, die während der Begutachtung remittiert gewesen sei. Die Befunde der L.____ würden auf eine maximal leichtgradige depressive Episode schliessen lassen, die wirksam und zweckmässig behandelbar sei, deren Behandlung inzwischen bereits angesprochen habe und gemäss diversen Autoren geeignet sei, eine höchstens geringgradige oder keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Eine wesentliche und dauerhafte Verschlechterung der rezidivierenden depressiven Störung und/oder Panikstörung sei aus diesem Verlauf und diesen Befunden nicht ersichtlich. Weiter führt Dr. G.____ aus, der Begriff Komplexe PTBS sei im ICD-10 bisher nicht etabliert. Es handle sich dabei nicht um einen neuen Gesundheitsschaden der Versicherten, sondern ausschliesslich um eine andere diagnostische Attribuierung des bereits hinlänglich bekannten und ausführlich abgeklärten psychischen Krankheitsbildes der Versicherten, zumal im Gutachten die Belastungen und Traumata aufgeführt und bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden seien.

6.4 Wesentliche Arztberichte, welche nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2017 ergangen sind:

6.4.1 In einem weiteren Bericht der L.____ vom 26. Januar 2017 werden eine Agoraphobie mit Panikstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine komplexe Traumafolgestörung, eine akzentuierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung und periodische Beinbewegungen im Schlaf diagnostiziert. Durch den Einsatz verschiedener kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen habe die depressive Symptomatik reduziert werden können. Jedoch würden immer wiederkehrende Episoden auftreten, besonders bei Veränderungen der Lebensumstände, unter erhöhtem Leistungsdruck an der Arbeit oder bei vermehrt erlebten agoraphobischen Ängsten im Alltag. Auch hinsichtlich der agoraphoben Ängste hätten Fortschritte erzielt werden könne, die jedoch oft getriggert durch externe Faktoren, nicht stabil seien. Es brauche weitere therapeutische Betreuung sowie eine stabile Arbeits- sowie Wohnsituation, so dass die Patientin sich hauptsächlich auf die Therapie konzentrieren und die gelernten Inhalte im Alltag anwenden könne.

6.4.2 Im Rahmen der Vernehmlassung hat die Beschwerdegegnerin eine weitere Stellungnahme von Dr. G.____ eingeholt. Dieser führt mit Schreiben vom 27. März 2017 im Wesentlichen aus, in der Beurteilung habe Dr. F.____ ausführlich zum Verlauf der vormals dekompensierten emotional instabilen Persönlichkeitsstörung Stellung genommen, die sich – keinesfalls vor 2008, sondern ab 2014 – durch die Therapie und durch den natürlichen Verlauf der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung verbessert habe. Anhand der Akten könne nicht bestritten werden, dass spätestens seit 2008 weder eine halbstationäre noch eine stationäre Behandlung mehr erforderlich gewesen sei.

7. Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2017 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen Dr. E. ____ und Dr. F. ____ in ihrem bidisziplinären Gutachten vom 10. Februar 2015 gelangt sind. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherten die Ausübung einer kaufmännischen Tätigkeit im Umfang von 60 % zumutbar sei. Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, kann nun allerdings dieser vorinstanzlichen Beweiswürdigung nicht gefolgt werden.

7.1 Vorab ist klarzustellen, dass dem neurologischen Teilgutachten von Dr. E. ____ voller Beweiswert zukommt. Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf und es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 3.2 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend. Mit Dr. E. ____ ist deshalb als Ergebnis festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Schlafstörungen/Periodic-Limb-Movement-Syndrom eine generelle Einschränkung der Arbeitseffizienz vorliegt, welche höchstens 20 % bezogen auf ein Tagespensum beträgt, womit auch vermehrte Pausen anlässlich einer Arbeitstätigkeit berücksichtigt sind.

7.2 Anders verhält es sich dagegen in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. F. ____ vom 10. Februar 2015. Entgegen der Sichtweise der IV-Stelle kann diesem vorliegend keine ausschlaggebende Beweiskraft beigemessen werden, denn es erweist sich in einzelnen Punkten als unvollständig bzw. nicht überzeugend.

Vorweg kann festgehalten werden, dass das Gutachten vom 10. Februar 2015 datiert – die psychiatrische Untersuchung bei Dr. F. ____ erfolgte am 23. Januar 2015 – und demzufolge im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 4. Januar 2017 bereits zwei Jahre alt war.

Am 9. September 2016 berichtete die L. ____, die Beschwerdeführerin habe gewisse Fortschritte erzielt, jedoch sei der Therapieverlauf durch starke Schwankungen gekennzeichnet. Es wird eine hohe Vulnerabilität auf psychosoziale Belastungen beschrieben, welche zu erheblichen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes führen könne. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin auf therapeutische Hilfe angewiesen und es sei eine Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt bis auf weiteres nicht möglich. Die L. ____ geht damit im September 2016, also rund 1 ½ Jahre nach Erstellung des Gutachtens von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus und bestätigt dies am 26. Januar 2017 ausdrücklich. In allen Arztberichten der L. ____ wird betont, dass der Zustand der Beschwerdeführerin schwankend verläuft. Nicht verständlich ist sodann, dass der Gutachter aus der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin sich zwischen 2005 und Juli 2014 – mit Ausnahme eines teilstationären Aufenthalts in der Klinik I. ____ im Jahre 2008 – nie in einer teil- oder vollstationären Behandlung befunden habe, den Schluss zieht, ihr Gesundheitszustand habe sich stabilisiert, jedoch nicht berücksichtigt, dass der dreimonatige Aufenthalt der Beschwerdeführerin im Jahre 2014 in der L. ____ auf eine wesentliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes hinweist. Beim Gutachten handelt es sich um eine Momentaufnahme, welche lediglich vier Monate nach dem stationären Aufenthalt in der L. ____ erstellt wurde. Es ist davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt in einem besseren Zustand befand, als dies vor dem stationären Aufenthalt der Fall war. Angesichts des schwankenden Gesundheitsverlaufs der Beschwerdeführerin sind die danach erstellten

Arztberichte der L.____ geeignet, das Ergebnis des Gutachtens als fraglich erscheinen zu lassen. Damit ergeben sich erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens selbst, weshalb auf dieses nicht abgestellt werden kann.

Um eine Rentenrevision vornehmen zu können, müsste sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Zeitpunkt der letzten Revision im April 2009 rentenwirksam verbessert haben (vgl. oben E. 5.1). Dr. F.____ weist in seinem Gutachten darauf hin, dass seit dem Jahre 2005 eine Stabilisierung auch bezüglich der rezidivierenden depressiven Störung eingetreten sei. Er geht demzufolge von einer Besserung bzw. Stabilisierung seit 2005 aus, eine Besserung des Gesundheitszustandes seit April 2009 wird jedoch nicht erwähnt und ist auch nicht ersichtlich. Zwar wird die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typus Borderline von Dr. F.____ im Jahre 2015 nicht mehr gestellt. Relevant ist aber nicht die medizinische Einschätzung bzw. Diagnose, sondern die tatsächliche gesundheitliche Entwicklung zwischen den für die Revision relevanten Zeitpunkten, also zwischen 2009 und 2017. In diesem Zusammenhang ist nochmals darauf hinzuweisen, dass im Jahre 2014 ein rund dreimonatiger stationärer Klinikaufenthalt in der L.____ erfolgte. Die Beschwerdeführerin war via Sanität am 12. Juli 2014 notfallmässig in die Akutstation eingetreten und erst am 2. Oktober 2014 aus der Klinik entlassen worden. Bereits knapp vier Monate später fand am 23. Januar 2015 die psychiatrische Untersuchung im Rahmen der gutachterlichen Beurteilung statt. Wie sich aus dem Austrittsbericht der L.____ ergibt, hatte sich der Zustand der Beschwerdeführerin bis zur Entlassung aus der Klinik wesentlich verbessert. Es ist demzufolge davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Untersuchung in einem für ihre Verhältnisse guten Gesundheitszustand befand. Aus den nach dem Gutachten erstellten Arztberichten der L.____ ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin weiterhin behandlungsbedürftig und eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nicht realisierbar ist. Berücksichtigt man nun den sich seit dem Jahre 2001 gestützt auf die medizinischen Akten ergebenden schwankenden Gesundheitsverlauf, erscheint eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zwischen April 2009 und Januar 2017 nicht als überwiegend wahrscheinlich.

Die Beschwerdeführerin hat sich – wie sich aus den Akten ergibt – um eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt bemüht. Am 14. April 2014 wurde als Fazit der Berufsberaterin in einer Telefonnotiz – nach einem Telefonat mit der Versicherten – festgehalten, dass bei der versicherten Person nach wie vor kein Eingliederungspotential vorhanden sei. Diese arbeite seit über einem Jahr mit einem Pensum von 30 % an einem geschützten Arbeitsplatz (im Rahmen einer eingliederungsorientierten Rentenrevision) und das Pensum habe behinderungsbedingt nicht gesteigert werden können. Ein sehr grosses Problem seien die weiterhin regelmässigen, monatlichen Absenzen, welche einen adäquaten IM-Prozess mit stetiger Steigerung des Pensums aktuell erschweren bzw. verunmöglichen würden. Aus Sicht der Berufsberaterin müsste die Versicherte über mehrere Monate mit einem Mindestpensum von 50 bis 60 % im Rahmen eines geschützten Arbeitsplatzes in der Lage sein, zu arbeiten und die Absenzen müssten deutlich reduziert werden, bevor eine erneute Prüfung von IM in Frage kommen würde. Mit Arztbericht vom 22. Mai 2014 hat im Übrigen auch Dr. K.____ ausgeführt, alle bisherigen Arbeitsversuche seien gescheitert. Auch aus diesen Arbeitsversuchen ergibt sich, dass eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zur Zeit nicht realistisch ist.

8. Zusammenfassend ergibt sich, dass aus dem Gutachten von Dr. F._____ keine Verbesserung des Gesundheitszustandes zwischen der Revision im Jahre 2009 und der hier strittigen Verfügung vom 4. Januar 2017 abgeleitet werden kann. Die angefochtene Revisionsverfügung vom 4. Januar 2017 ist folglich aufzuheben und der Beschwerdeführerin die bisherige ganze Invalidenrente weiterhin auszurichten.

9. Es verbleibt über die Kosten zu befinden.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden.

9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 22. Mai 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 11,08 Stunden und Auslagen von Fr. 78.20 geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'076.95 (11,08 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 78.20 zuzüglich 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und die Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 4. Januar 2017 wird aufgehoben.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'076.95 (inkl. Auslagen und 8% MwSt.) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>