

# **BL\_GERICHTE 720 20 461/249 vom 9. September 2021**

BL Gerichte, 2021-09-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_20\\_461\\_249](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_461_249)

FR: BL\_GERICHTE 720 20 461/249 du 9 septembre 2021

IT: BL\_GERICHTE 720 20 461/249 del 9 settembre 2021

## **Regeste**

IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 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 eingereichte Beschwerde vom 30. November 2020 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 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 (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, 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 (vgl. BGE 127 V 294 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 (vgl. BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 294 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2). 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 (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 144 I 21 E. 2.1 mit Hinweisen).

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 (vgl. BGE 132 V 93 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 anzugeben, 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

## **E. 5**

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2). 6.1 Streitig ist, ob die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 10. November 2020 die laufende ganze Rente der Versicherten zu Recht per Dezember 2020 aufgehoben hat. 6.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich

gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 11. Mai 2009, 9C\_261/2009, E. 1.2 und vom 28. August 2003, I 212/03, E. 2.2.3). Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit weiteren Hinweisen).

6.3 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 zurückzuführen (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Liegt dagegen ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2018, 8C\_145/2018, E. 3.2).

6.4 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, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 13. August 2014 ab vom 1. Juni 2011 eine Viertelsrente und ab 1. Dezember 2011 eine ganze Invalidenrente zu. Der Rentenanspruch wurde in der Folge zwar wiederholt revisionsweise überprüft und bestätigt, wobei jedoch keine einlässlichen materiellen Abklärungen erfolgten. Im Rahmen der aktuellen Rentenrevision hob die IV-Stelle nach Vornahme einer umfassenden medizinischen und erwerblichen Abklärung die laufende ganze Invalidenrente der Versicherten mit Verfügung 10. November 2020 per Dezember 2020 auf. Demnach beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung vom 13. August 2014 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. November 2020.

7.1 Die entscheidende, von den Parteien unterschiedlich beantwortete Frage des vorliegenden Verfahrens ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne des Art. 17 ATSG gegeben ist. Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Annahme einer Verbesserung des Gesundheitszustands auf einen Vergleich zwischen dem ZMB-Gutachten vom 11. Juni 2013 und dem bidisziplinären Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2019/22. Juli 2019. Im Gutachten des ZMB vom 11. Juni 2013 wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, ein chronisches lumbovertebrales Syndrom, ein chronisches links-betontes zervikovertebrales Syndrom und ein Schulterimpingement diagnostiziert. Im Bereich des Achsenskeletts finde sich im lumbalen Abschnitt ein chronisches lumbovertebrales Syndrom mit intermittierend auftretender S1-assoziiertes radikulärer Reizsymptomatik links aufgrund eines Status nach Diskushernienoperation

L5/S1 im Jahr 2000. Es bestünde aktuell eine Rezidiv-Diskushernie mediolateral links auf derselben Höhe, motorische Ausfälle hätten sich nicht objektivieren lassen. Hingegen sei der lumbale Abschnitt der Wirbelsäule wenig belastbar und in der Bewegung blockiert. Ferner bestünde ein links-betontes zervikovertebrales Syndrom mit zephaler Schmerzbeteiligung bei Status nach Treppensturz im August 2009 mit Schädelhirntrauma im Sinne einer Commotio cerebri. Radikuläre Reiz- oder Ausfallsyndrome auf zervikaler Höhe lägen aber nicht vor. Weiter bestünde eine Schmerzsymptomatik der linken Schulter in Form eines Schulterimpingements. Aus rheumatologischer Sicht seien der Versicherten angepasste Verweistätigkeiten im Umfang von 3 x 2 Stunden pro Tag zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht zeige die Versicherte ein ausgeprägtes depressives Syndrom ohne psychotische Symptome. Sie sei im Jahr 1991 mit ihren beiden Kindern im Rahmen des damaligen Balkankriegs in einem serbischen Lager für Frauen und Kinder interniert gewesen. Dort sei sie Zeugin von Erschiessungen und Vergewaltigungen geworden und habe während des zweimonatigen Lageraufenthalts in ständiger Angst und Panik gelebt. Ihren eigenen Angaben zufolge habe sie die traumatischen Erlebnisse während des Balkankriegs während Jahren emotional verkräftet. Nach dem Treppensturz im Jahr 2009 scheine sie eine depressive Symptomatik entwickelt zu haben. Im Vordergrund stünden Schlafstörungen. Wahrscheinlich seien durch das Ereignis verdrängte Erinnerungen an den Balkankrieg reaktiviert worden. Zusätzlich habe die Versicherte eine Anhedonie, eine Lärmempfindlichkeit und soziale Rückzugstendenzen entwickelt. Diese Symptome würden auch zu einer PTBS passen, wobei ungewöhnlich, aber nicht ausgeschlossen sei, dass dieses Leiden mehr als 20 Jahre nach den traumatisierenden Erlebnissen manifest werde. Heute entspreche die depressive Symptomatik einer schweren depressiven Episode. Aufgrund des schweren psychischen Leidens sei der Versicherten aktuell weder im angestammten Beruf noch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit zuzumuten, so dass seit dem Unfall vom 24. August 2009 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei.

7.2.1 Im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens beauftragte die IV-Stelle die Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ mit einem bisdisziplinären Begutachten. Am 28. Mai 2019 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit differentialdiagnostisch spondylogener/radikulärer (S1) Schmerzausstrahlung ins linke Bein bei breitbasiger, nach caudal umgeschlagener Diskushernie L5/S1 mediolateral links mit Tangierung der Wurzel S1 links gemäss MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 22. März 2019. Im Vergleich zur früheren Untersuchung habe sich insofern eine Besserung eingestellt, als das Zervikovertebralsyndrom, die muskulären Dysbalancen am Schultergürtel und das Schulterimpingement rechts nicht mehr vorliegen würden. Bezüglich der Hauptdiagnose bestünde dagegen weder klinisch noch radiologisch eine relevante Besserung. Obwohl auch Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung gegeben seien, würden die beschriebenen Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein gut mit den klinischen und radiologischen Befunden korrelieren. Zeichen von Inkonsistenzen bestünden nicht. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden und rückenadaptierten Tätigkeit sei die Versicherte weiterhin im Umfang von 70% (3 x 2 Stunden pro Tag) ohne zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit arbeitsfähig.

7.2.2 Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte am 22. Juli 2019 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33) und eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.1), differentialdiagnostisch eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein dissoziativer Schwindel (ICD-10 F44.9) und ein

Verdacht auf eine PTBS (ICD-10 F43.1). Anamnestisch liessen sich eine oft bedrückt-traurige Stimmung, eine verminderte Energie, wöchentlich auftretende Albträume, häufige Müdigkeit, Durchschlafstörungen, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, ein geringes Selbstvertrauen und eine Libidoverminderung eruieren. Diese Symptome würden die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen. Die Depression habe sich nach dem Unfall vom 25. August 2008 [recte: 24. August 2009] entwickelt. Die Stimmung sei zu Beginn der Untersuchung ausgeglichen bis fröhlich gewesen, bei der Beschwerdeschilderung sei die Versicherte bedrückt und weinerlich geworden, ausserhalb der Beschwerdeschilderung habe sich die Stimmung aber wieder aufgehellt. Die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien insgesamt leichtgradig eingeschränkt. Diagnostisch sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, die aktuell als leicht- bis mittelgradig zu beurteilen sei. Gegen eine ausschliesslich mittelgradige oder gar schwergradige Depression spreche die Tatsache, dass anamnestisch keine Freud- oder Interesselosigkeit vorliege, auch keine andauernd bedrückt-traurige, gereizt-aggressive Stimmung oder eine andauernd verminderte Energie. Ferner sei die psychosoziale Funktionsfähigkeit der Versicherten in Bezug auf ihren Ehemann, ihre drei Kinder, ihre Geschwister und eine langjährige Freundin intakt. Ausserdem seien keine relevanten kognitiven Beeinträchtigungen festzustellen. Im Vergleich zu den psychiatrischen Befunden im Jahr 2013 sei es zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Insbesondere hinterlasse sie nicht mehr während der gesamten Untersuchung einen depressiven, leidenden und antriebloßen Eindruck. Zudem könne keine wechselhafte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit festgestellt werden. Vielmehr habe die Versicherte während der aktuellen Untersuchung einen sehr konzentrierten Eindruck hinterlassen. Bezüglich des Zeitpunkts der Verbesserung der depressiven Beschwerden liesse sich aufgrund der aktuellen Untersuchung, resp. der unpräzisen Angaben der Versicherten keine verlässlichen Angaben machen. Sie gebe an, dass es seit dem Unfall zu keinen wesentlichen Veränderungen der depressiven Beschwerden gekommen sei. Ein gleichgebliebener psychischer Gesundheitszustand lasse sich bezüglich der Depression im Vergleich mit den Befunden im Jahr 2013 indes nicht bestätigen. In Bezug auf die Angstsymptomatik sei von einer Agoraphobie mit Panikstörung auszugehen. Der Schweregrad bezüglich Häufigkeit der Beschwerden sei als leichtgradig zu beurteilen. So sei es der Versicherten möglich, alleine in den Wald spazieren zu gehen oder das öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Im Weiteren habe sie bei der Untersuchung ohne äusserlich sichtbare psychovegetative Mitbeteiligung über ihre Alpträume sprechen können. Ferner hätten bei der Untersuchung weder eine Schreckhaftigkeit noch eine Hypervigilanz noch Dissoziationen beobachtet werden können. Der Sturz auf der Treppe am 24. August 2009 sei nicht geeignet, um eine bis anhin während Jahren latent gebliebene PTBS manifest werden zu lassen. Eine solche lasse sich daher nicht mit Sicherheit diagnostizieren. Festzuhalten sei, dass die Versicherte angebe, lediglich einmal pro Woche unter Albträumen zu leiden. Auch die behandelnden Psychiater der Klinik G.\_\_\_\_ hätten keine PTBS diagnostiziert. Erst im Jahr 2015 tauche die Diagnose erstmals definitiv auf, nachdem diese im April 2011 differentialdiagnostisch in Betracht gezogen worden war. Sollte tatsächlich von einer PTBS ausgegangen werden, so wäre der Schweregrad jedenfalls leicht und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, ebenso wie der zeitweise auftretende dissoziative Schwindel. Betreffend die intermittierend auftretenden Schmerzen liege zumindest teilweise eine somatische Ursache vor. Es gebe keine Hinweise, dass die Versicherte unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen leide, so dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne.

Bei der Versicherten sei eine gewisse Tendenz zur Verdeutlichung und eine bewusstseinsnahe Aggravation festzustellen. Ihrer Angaben seien nicht immer konsistent. So beschreibe sie beispielsweise eine erhebliche Intensität der depressiven Beschwerden. Anlässlich der aktuellen Untersuchung lasse sich aber beim Gespräch über gewisse Themen eine Aufhellung der Stimmung feststellen und am Ende der Exploration habe die Versicherte einen vitalen Eindruck mit ausgeglichener Stimmung hinterlassen. Weiter sei nicht nachvollziehbar, weshalb es angesichts der erheblichen geklagten Beschwerden nie zu einer psychiatrischen Hospitalisation gekommen sei. Ferner seien die erheblichen subjektiven Beschwerden nicht vereinbar mit dem völlig intakten und normalen Familienleben. Weitere Inkonsistenzen bestünden darin, dass sie einerseits angebe, am Abend nie zu kochen. Andererseits äussere sie sich dahingehend, dass Kochen und das Anschauen von Kochsendungen im TV ihr Hobby sei. Zudem habe sie zu Beginn der Untersuchung angegeben, das Haus nie alleine zu verlassen. Später habe sie aber eingeräumt, alleine im Wald spazieren zu gehen und alleine mit dem Tram zum Begutachtungsgespräch gefahren zu sein. Es sei kaum nachvollziehbar, dass die Versicherte seit dem relativ banalen Treppensturz andauernd unter erheblichen depressiven Beschwerden gelitten haben soll, wohingegen sie während und nach dem Bosnienkrieg zu keinem Zeitpunkt depressiv gewesen sei. Ihre Ressourcen seien gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP insgesamt aufgrund der aktuellen Untersuchung als leicht- bis mittelgradig eingeschränkt. Namentlich seien die Durchhalte-, die Selbstbehauptungs-, und die Gruppenfähigkeit sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit beeinträchtigt. Die übrigen Items des Ratingbogens seien aber nicht relevant eingeschränkt. Im Gutachten des ZMB vom 11. Juni 2013 sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen festgestellt worden. Auch attestiere der behandelnde Psychiater Dr. F. \_\_\_\_ eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dennoch lasse sich heute im Vergleich zu den früheren Berichten eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit erkennen. Zwar könnten aufgrund der unpräzisen Angaben der Versicherten keine verlässlichen Aussagen zum Zeitpunkt der Verbesserung gemacht werden, weshalb bis zum Begutachtungszeitpunkt von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden müsse. Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung betrage die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bezogen auf ein Vollzeitpensum 70%. 7.3 Am 1. September 2020 führte Dr. F. \_\_\_\_ aus, dass das Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_ oberflächlich und ohne Fremdanamnese erstellt worden sei. Zudem entspreche der psychopathologische Befund nicht der Realität und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtige nicht das gesamte Krankheitsbild. Die Versicherte habe sich von Dr. D. \_\_\_\_ angegriffen gefühlt und Angst vor ihm gehabt. Auf penetrante und drängelnde Fragen des Gutachters habe sie ihm aus Angst, von ihm bestraft zu werden, die Antworten gegeben, die er habe hören wollen. Ihr sei aus Angst schwindlig geworden und sie habe nach der Exploration kaum mehr stehen können. Es treffe nicht zu, dass sich die Versicherte aufgesetzt oder demonstrativ verhalte. Eine Dramatisierungstendenz, Verdeutlichung oder Aggravation bestünden ebenfalls nicht. Ihre Beschwerden hätten eine deutlich depressive Verstimmung mit Interessen- und Freudlosigkeit, vermindertem Antrieb, gedrückter Stimmung, verminderter Konzentration und Selbstwertgefühl, negativen und pessimistischen Zukunftsperspektiven, Gedanken des Lebensüberdrusses und erheblichen Schlafstörungen sowie vermindertem Appetit erkennen lassen. Sie würden eine mindestens mittelgradige depressive Episode begründen. Dazu komme eine soziale Isolation. Zudem beschreibe sie Symptome einer generalisierten Angststörung mit Panikstörung, die es ihr

verunmöglichen würden, im Alltag zurechtzukommen. Die Angaben betreffend das Kochen seien im Gutachten nicht korrekt. Die Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ würden immer wieder die gleichen Formulierungen enthalten. Der Psychostatus sei nicht nach dem AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) zur standardisierten Erfassung und Dokumentation eines psychopathologischen Befunds beschrieben worden und der Gutachter nenne die Symptome einer PTBS nicht. Zudem seien weder testpsychologische Untersuchungen noch eine Fremdanamnese durchgeführt worden. Insgesamt sei das Gutachten nicht nachvollziehbar. Die Diagnosekriterien für eine PTBS seien klar gegeben und die Versicherte sei aufgrund der phobischen Ängste und der Panikstörung im Alltag stark behindert. Demgegenüber habe Dr. D.\_\_\_\_ die funktionellen Einschränkungen einzig aufgrund der affektiven Störung interpretiert. Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei nicht plausibel. Die Versicherte leide mindestens an einer mittelgradig ausgeprägten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.2), einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.0) bei PTBS und Exazerbation nach Unfallereignis mit Intrusionen und wiederkehrendem Auftreten von Panikattacken (ICD-10 F43.1). Differenzialdiagnostisch sei eine Agoraphobie mit Panikstörungen (ICD-10 F40.1) zu erwägen. Er behandle die Versicherte seit mehr als 10 Jahren. Zu einer Besserung des Gesundheitszustands sei es trotz der durchgeführten ambulanten und pharmakologischen Behandlung nicht gekommen. In den psychometrischen Untersuchungen (Hamilton Depressionsskala; HAMD) im Verlauf der Behandlung habe die Versicherte immer wieder Werte erreicht, die einer mittelgradigen bis schweren depressiven Verstimmung entsprechen würden. Die Arbeitsfähigkeit sei mittel- bis schwergradig eingeschränkt. 7.4 Am 15. Dezember 2020 nahm Dr. E.\_\_\_\_ Stellung. Er hielt fest, dass sich die von Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte affektive Störung nur geringfügig von derjenigen von Dr. D.\_\_\_\_ unterscheide. Die gutachterliche Untersuchung habe aber ergeben, dass das Ausmass der objektiven psychopathologischen Befunde den mittleren Depressionsgrad nicht ganz erfülle und durchaus Ressourcen vorhanden seien. Dr. F.\_\_\_\_ habe die Diagnosekriterien für eine generalisierte Angststörung nicht vollständig dargetan. Mit der Diagnose der PTBS habe sich der Gutachter eingehend befasst. Der Einwand von Dr. F.\_\_\_\_ ergäbe keine neuen Aspekte. Nicht nachvollziehbar sei ein sozialer Rückzug der Versicherten in allen Lebenslagen. Sie sei in der Kern- und erweiterten Familie durchaus integriert und nehme am Alltagsgeschehen teil. 7.5 Am 13. März 2021 verwies Dr. F.\_\_\_\_ auf seine Ausführungen im Bericht vom 1. September 2020, kritisierte die Art und Weise der Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ und hielt fest, dass das Gutachten vom 22. Juli 2019 sehr oberflächlich sei und in keiner Weise der Realität entsprechen würde. Es sei davon auszugehen, dass der Gutachter in aggressiver und dominanter Art und Weise exploriere und nur höre, was er hören möchte. Die Untersuchung habe die Versicherte retraumatisiert. Der Versicherten sei krankheitsbedingt keine berufliche Tätigkeit mehr zumutbar. Eine Oberbegutachtung sei dringend indiziert. 8.1 Die IV-Stelle ging in ihrer Verfügung vom 10. November 2020 gestützt auf die Erkenntnisse aus dem Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2019/22. Juli 2019 davon aus, dass sich bei der Versicherten im Vergleich zum Jahr 2013 eine Besserung des psychischen Gesundheitszustands eingestellt hatte und sie spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ am 16. Mai 2019 (Untersuchungsdatum) eine Arbeitsfähigkeit von 70% aufwies. Dieser Auffassung ist beizupflichten. Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ erfüllt die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage (vgl. E. 4.2 hiervor). Es ist umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in

Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Sodann weist das Gutachten keine Widersprüche von entscheidender Bedeutung auf, setzt sich hinlänglich mit den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander und enthält alle erforderlichen Angaben für die Prüfung der Frage, ob sich ein invalidisierender Gesundheitszustand anhand der Standardindikatoren verifizieren lässt. Insgesamt genügt das Gutachten sowohl formal wie inhaltlich den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches Revisionsgutachten. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 7.2.1 und E. 7.2.2 hiervor) wiedergegebenen Darlegungen der Gutachter vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann. Ein Vergleich zum Gutachten des ZMB vom 11. Juni 2013 zeigt klar auf, dass eine deutliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist. Während im ZMB-Gutachten 11. Juni 2013 noch eine schwere depressive Symptomatik beschrieben wurde, stellte Dr. D.\_\_\_\_ im aktuellen Gutachten noch eine leicht- bis mittelgradig ausgeprägte affektive Störung und eine leichtgradige Angstsymptomatik fest. Diese Beurteilung erscheint in Anbetracht des von ihm erhobenen psychopathologischen Befunds nachvollziehbar. So konnte er keine Freud- oder Interessenlosigkeit, andauernd bedrückt-traurige, gereizt-aggressive Stimmung, kognitiven Beeinträchtigungen, Konzentrationsstörungen oder eine andauernd verminderte Energie mehr erheben und die psychosoziale Funktionsfähigkeit erachtete er als intakt. Damit werden erheblich veränderte psychische Verhältnisse beschrieben. Von einem völlig gleich gebliebenen Sachverhalt kann - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin - keine Rede sein. Zudem setzte sich Dr. D.\_\_\_\_ mit der Diagnose PTBS kritisch auseinander und kam aufgrund der Akten, der Angaben der Versicherten und seinen Beobachtungen anlässlich der Exploration zum überzeugenden Schluss, dass sich diese Diagnose nicht mit Sicherheit diagnostizieren lasse, gegebenenfalls aber nur von einer leichten Ausprägung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Soweit die Beschwerdeführerin unterstellt, Dr. D.\_\_\_\_ habe in seinem Gutachten das Vorliegen einer PTBS verneint, trifft dies offensichtlich nicht zu. Wenn sie weiter annimmt, dass sich seine Beurteilung/Einschätzung ausschliesslich auf sein Gespräch mit der Versicherten stütze, verkennt sie, dass dem psychiatrischen Gutachter diverse, bisher zum Gesundheitszustand der Versicherten erstellte medizinische Akten zur Verfügung standen, die es ihm durchaus ermöglichten, eine nicht auf eine Momentaufnahme beschränkte Beurteilung abzugeben. Die Tatsache, dass Dr. D.\_\_\_\_ die erhobenen Befunde diagnostisch teilweise anders einordnete als die Vorgutachter und der behandelnde Arzt Dr. F.\_\_\_\_, schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht. Dies umso weniger, als sich Dr. D.\_\_\_\_ mit den abweichenden Diagnosen hinreichend auseinandersetzte. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass letztlich nicht die Diagnosen, sondern die funktionellen Einschränkungen und die damit einhergehenden Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der versicherten Person ausschlaggebend sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2009, 9C\_617/2008, E. 4.5). Dieses hat sich nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ seit der Rentenzusprache deutlich verbessert. Während im ZMB-Gutachten vom 11. Juni 2013 noch eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bejaht wurde, ist im aktuellen Gutachten für eine angepasste Tätigkeit von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 70% die Rede. Damit ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 138 V 218 E. 6) erstellt, dass sich der psychische

Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2013 wesentlich verbessert hat. Abgesehen davon genügt als Revisionsgrund bereits der Statuswechsel von der gemischten zur allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs, wie in Erwägung 6.2 hiervor dargelegt. Dieser Wechsel in der Methode ist unter den Parteien unbestritten. Damit ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Revisionsvoraussetzung nach Art. 17 ATSG erfüllt ist.

8.2.1 Was die Beschwerdeführerin gegen Dr. D.\_\_\_\_ als Gutachter und die Beweiskraft seines Gutachtens vorbringt, verfängt nicht. Soweit sie die Auffassung vertritt, dass Dr. D.\_\_\_\_ praktisch in sämtlichen Explorationen eine «Dramatisierungstendenz» resp. ein «gezielt gesteuertes Verhalten» unterstelle und die Beschwerdeschilderungen wiederholt pauschal als «zeitweise aber auch vage und wenig fassbar» bezeichne, erkennt das Gericht darin keinen begründeten Anfangsverdacht bezüglich der Begehung einer strafbaren Handlung. So ist weder behauptet noch erwiesen, dass Dr. D.\_\_\_\_ wider besseren Wissens Dramatisierungstendenzen feststellen und diese regelmässig mit derselben Zumutbarkeitsbeurteilung verbinden würde. Ob Dr. D.\_\_\_\_ in seinen Gutachten etwa den Terminus «Dramatisierungstendenz» öfter verwendet als andere Fachexperten, kann offen bleiben. Zu beachten sind aber die Besonderheiten des sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahrens, bei welchen versicherte Personen, welche mit ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung die Zusprechung von Versicherungsleistungen bezwecken, vielfach (wenn auch nicht ausnahmslos) - bewusst oder unbewusst - ihre Beschwerden und Einschränkungen im Hinblick auf dieses Ziel präsentieren (vgl. Kopp/Marelli, Somatoforme Störungen, wie weiter? SZS 2012 S. 256). Allein aus den genannten Äusserungen kann jedoch nicht auf eine Befangenheit des Gutachters geschlossen werden. Befangenheit ist rechtsprechungsgemäss anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die in objektiver Weise und nicht bloss aufgrund des subjektiven Empfindens der Partei geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person zu erwecken (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2009, 9C\_893/2009, E. 1.1; BGE 132 V 93 E. 7.1 mit Hinweis). Der Anschein der Befangenheit oder die Gefahr der Voreingenommenheit ist etwa zu bejahen, wenn das Gutachten nicht objektiv und sachlich gehalten ist (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2 mit weiteren Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts vom 22. August 2013, 8C\_227/2013 und vom 20. Juni 2013, 8C\_978/2012, E. 5.3.2). Aus dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass sich der Experte nicht von objektiven Kriterien hätten leiten lassen, die erhobenen Befunde fehlerhaft interpretiert, oder die Beurteilung nicht lege artis durchgeführt hätte. Daran könnte auch die von der Beschwerdeführerin beantragte Edition der Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ nichts ändern, weshalb darauf verzichtet werden kann.

8.2.2 Es trifft zu, dass im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Begutachtung keine testpsychologische Abklärung durchgeführt wurde. Sind derartige Untersuchungen unterblieben, kann daraus aber nicht ohne weiteres auf fehlende Beweiskraft der Expertise geschlossen werden. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass Dr. D.\_\_\_\_ für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit den Ratingbogen Mini-ICP-APP verwendete, insofern der Einwand der Beschwerdeführerin, der Gutachter habe auf die Verwendung von Testwerkzeugen vollständig verzichtet, nicht zutrifft. Im Übrigen liegt es im Ermessen der Gutachterin oder des Gutachters, ob (und welche) Zusatzuntersuchungen durchzuführen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Januar 2015, 8C\_516/2014, E. 6.2). Ein solches Erfordernis lag nach Einschätzung des psychiatrischen Gutachters offenbar nicht vor. Ausserdem basieren zahlreiche Tests auf Selbsteinschätzungen und sind daher nur beschränkt aussagekräftig. Dazu gehört auch der HAMD. Ob sich eine depressive

Störung gebessert hat, ist für einen erfahrenen Gutachter auch ohne Testung eruierbar. Wenn die Beschwerdeführerin weiter bemängelt, dass keine fremdanamnestischen Angaben eingeholt worden seien, ist ihr zwar insofern beizupflichten, als eine Fremdanamnese resp. Auskünfte der behandelnden Arztpersonen häufig wünschenswert sind. Sie sind aber nicht zwingend erforderlich. Die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese bei der behandelnden Arztperson oder Dritten ist vielmehr in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2015, 8C\_444/2015, E. 4.5 und vom 23. Juli 2014, 8C\_323/2014, E. 5.2.1). Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (vgl. die 3. vollständige überarbeitete und ergänzte Auflage vom 16. Juni 2016; in: SZS 2016 S 435 ff.). Aus dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ geht hervor, dass ihm zahlreiche Arztberichte betreffend die Beschwerdeführerin zur Verfügung standen. Die medizinischen Unterlagen und die Angaben der Beschwerdeführerin waren offenbar hinreichend präzise und kohärent genug, um ein zuverlässiges Bild über ihren psychischen Gesundheitszustand machen zu können. Besondere Gründe, warum im vorliegenden Fall Auskünfte von Dritten einzuholen gewesen wären, werden weder substantiiert vorgebracht noch sind sie aus den Akten ersichtlich. Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass Dr. D.\_\_\_\_ vorliegend keine fremdanamnestischen Auskünfte einholte. Gesicherte Hinweise darauf, dass der Gutachter der Beschwerdeführerin einen falschen Sachverhalt unterstellte, wichtige Aspekte unberücksichtigt liess oder verharmlost hätte, sind weder ersichtlich noch substantiiert dargetan. Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Zumutbarkeit im Gutachten basiere auf einem unzutreffenden Sachverhalt. Vielmehr steht die gutachterliche Einschätzung mit den objektiven Umständen in Einklang und gibt ein schlüssiges Bild zum Gesundheitszustand und der daraus resultierenden Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

8.2.3 Soweit sich die Beschwerdeführerin auf die abweichende Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. F.\_\_\_\_ beruft, ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Weiter ist zu beachten, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern die Gutachter - wie hier - lege artis vorgegangen sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 8C\_835/2018, E. 3 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin legt nicht substantiiert dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass aus den Berichten des behandelnden Arztes Dr. F.\_\_\_\_ vom 1. September 2020 und 15. Dezember 2020 Gesichtspunkte hervorgingen, die vom psychiatrischen Gutachter nicht berücksichtigt worden wären. Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was geeignet wäre, den Beweiswert des Gutachtens der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2019/22. Juli 2019 in Zweifel zu ziehen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche

Abklärungen verzichtet und davon ausgegangen werden kann, dass die Beschwerdeführerin spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ am 16. Mai 2019 (Untersuchungsdatum) wiederum zu 70% arbeitsfähig ist. 8.3 Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf die Beurteilungen der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2019/22. Juli 2019 davon ausgegangen ist, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten deutlich verbessert hat und ihr angepasste Tätigkeiten im Umfang von 70% zumutbar sind. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung der Vergleichseinkommen vorzunehmen wäre und die Berechnung auch von der Versicherten nicht beanstandet wurde, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem durch die IV-Stelle angestellten Einkommensvergleich. Es ist mit ihr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte, was zur Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente führt.

## **E. 9**

Zusammenfassend ergibt sich, dass die angefochtene Verfügung vom 10. November 2020 nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 10.1 Es bleibt über die Kosten zu entscheiden. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 5. Januar 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden. 10.2 Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht ausgerichtet. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 5. Januar 2021 die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 21. April 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 15 Stunden und 10 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen sowie des zweiten Schriftenwechsels angemessen ist. Nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 178.60. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'459.25 (15,16 Stunden à Fr. 200.-- [vgl. § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003] und Auslagen von Fr. 178.60 sowie 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 10.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden

der Be-schwerdeführerin auferlegt. Zuzolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Es wird keine Parteienschädigung ausgerichtet. Zuzolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'459.25 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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