

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00492 vom 30. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00492](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00492)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00492 du 30 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00492 del 30 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1968, absolvierte eine Ausbildung als Pflegehelferin des Schweizerischen Roten Kreuzes (Urk. 11 /

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein ( Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist ( Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 1.3**

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 Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003

E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspruch, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbeurteilung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 110 V 176 E. 2a mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/ bb ; Urteile des Bundesgerichts 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, 9C\_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2 und 9C\_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 je mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen die Auffassung, es sei auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 5. August 2015 abzustellen, gemäss welchem wieder eine voll e

Arbeitsfähigkeit bestehe. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Rentenzusprache ab April 2012 gebessert und es liege keine renten begründende Invalidität mehr vor (Urk. 2).

In der Beschwerdeantwort vertrat die Beschwerdegegnerin überdies neu die Auffassung, die rentenzusprechende Verfügung vom 19. Februar 2013 sei in Wiedererwägung zu ziehen, da aufgrund der damaligen Aktenlage – namentlich

in Anbetracht der zuletzt im Bericht des Psychiatricentrum B.\_\_\_\_ attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit – nicht von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit hätte ausgegangen werden dürfen, sondern weitere medizinische Abklärungen erforderlich gewesen wären (Urk. 10 mit Hinweis auf Urk. 11/42). 2.2

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin vorbringen, auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden, da es mit Fehlern behaftet sei und widersprüchliche Angaben enthalte. Zudem belege es keine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation, da Dr. A.\_\_\_\_ lediglich eine andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhalts

vorgenommen habe (Urk. 1).

In dem von der Beschwerdegegnerin angeführten Bericht des Psychiatricentrum

B.\_\_\_\_

sei

zwar eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt worden. Diese Beurteilung sei im fraglichen Bericht aber auch unmissverständlich in Frage gestellt und darüber hinaus sei festgehalten worden, die Patientin habe sich gegen eine Krankschreibung gesträubt. Es sei nicht der Beschwerdeführerin anzulasten, dass sich die Beschwerdegegnerin und deren RAD gegen weitere Abklärungen zur Feststellung der Restarbeitsfähigkeit entschieden hätten.

Deren Ergebnis wäre zudem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu Gunsten der Beschwerdeführerin ausgefallen (Urk. 13). 3. 3.1

Bei Erlass der rentenzusprechenden Verfügung am

19. Februar 2013

präsen tierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt: 3.2

Der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, hatte die Versicherte aufgrund einer vermuteten

Borderline -Problematik zur diagnostischen Einschätzung und zur ambulanten therapeutischen Behandlung ans Ambulatorium D.\_\_\_\_ der E.\_\_\_\_ AG überwiesen

(Urk. 11/9/7 = 11/11/1). Die erste Konsultation fand der en Bericht vom 10. Februar 2011 (Urk. 11/9/7-12; vgl. auch Urk. 11/11/1-3) zufolge

am 8. Februar 2011

statt.

Es wurde n

der Verdacht auf eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) bei Verdacht auf eine emotional- instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ (ICD-10: F60.31), der Verdacht auf eine Polytoxikomanie (ICD-10: F19.2) und eine fragliche Essstörung (ICD-10: F50.9) als Diagnosen festgehalten

(Urk. 11/9/8 = 11/11/2 ).

Die Versicherte habe den Wunsch nach einer psychotherapeutischen Begleitung geäussert, worauf man sie zur ambulanten Behandlung ans Psychiatriezentrum B.\_\_\_\_

weiterverwiesen habe , wo sie am 1. März 2011 einen ersten Termin bei der Diplom-Psychologin F.\_\_\_\_ wahrnehmen werde (Urk. 11/9/9 = 11/11/3) . 3.3

Der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_

führte in seinem Bericht vom 10. März 2011 (Urk. 11/9/1-6) die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 11/9/1) : 1.

Chronische Hepatitis C mit Genotyp 3a, Therapie mit Interferon gescheitert und Zustand nach Hepatitis B

2.

Polytoxikomanie und Zustand nach Drogenabusus

3.

Rezidivierender Alkoholabusus

4.

Emotional- instabile Persönlichkeit vom Borderline - Typ

5.

Anorexie

6.

Zustand nach Hepatitis B.

Die Versicherte habe massive Probleme am Arbeitsplatz; sie habe immer wieder Ausraster, die sie untragbar machten. Sie sei nun gekündigt worden und lebe in Scheidung. Aus seiner Sicht sei ein Verbleiben im Arbeitsprozess nicht mehr zumutbar und auch nicht umsetzbar (Urk. 11/9/2). 3.4

Im Psychiatriezentrum B.\_\_\_\_

wurden gemäss den Bericht en von med. pract . G.\_\_\_\_ und der Diplom-Psychologin F.\_\_\_\_ vom 8. April und vom 28. Mai 2011 eine Cannabisabhängigkeit (ICD-10: F12.24) und ein Verdacht auf eine emotional - instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ (ICD-10: F60.31) diagnostiziert, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten . Der Status nach Polytoxikomanie (ICD-10: F19.20) sei ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/13/1 und 11/16/2 ).

Aufgrund der akuten Krise sei die Versicherte – ab dem 16. März 2011 – als zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt worden (Urk. 11/13/3 und 11/16/3 ). Für die diagnostische Einschätzung und die Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei der geplante stationäre

Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ (d.h. in der

E.\_\_\_\_ AG) mit dem Ziel eines Cannabisentzugs wichtig (Urk. 11/13/ 2- 3 und 11/16/ 2- 3 ).  
3.5

Derselbe fand vom 1 5. April bis zum 2 8. Juli 2011 statt ( Urk. 11/ 23/6). Aus dem Bericht der E.\_\_\_\_ AG , der am 2 3. August 2011 bei der IV-Stelle ein getroffen war ( Urk. 11/23, vgl. das Aktenverzeichnis), geht hervor , es seien

eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) , und psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide , Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanz gebrauch (ICD-10: F12.24) , als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden . Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei e n Schwierigkeiten mit Persönlichkeitsakzentuierungen (ICD-10: Z73.1) und die chronische Hepatitis C bei einem Status nach Hepatitis A und B ( Urk. 11/23/6) .

Für die Dauer des stationären Aufenthalts wurde der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 11/23/8 ; vgl. auch Urk. 11/16/5 ) .

Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht zu 60 bis 80 % zumutbar (Urk. 11/23/9; vgl. auch Urk. 11/16/5); es werde ein

stufenweiser Wieder ein stieg empfohlen ( Urk. 11/23/9) . Ab dem 2.

August 2011 sei ein Pensum von 20 % möglich ( Urk. 11/ 23 / 9) . 3.6

Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Diplom-Psychologin F.\_\_\_\_ vom Psychiatricentrum B.\_\_\_\_ bescheinigten der Versicherten mit Zeugnis vom 9. August 2011 für die Dauer vom 30. Juli bis zum 31. August 2011 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 11/16/4). 3.7

In ihrer Stellungnahme vom 1. September 2011 stellte

Dr. med. I.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Arbeitsmedizin und Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) unter Verweis auf den am 2 3. August 2011 eingetroffenen Bericht der E.\_\_\_\_ AG fest, es werde vom April bis Juli 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Ab August 2011 sei eine 20%ige Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit realistisch. Eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess werde gewünscht. Folgendes Ressourcenprofil könne erstellt werden: klar strukturierte Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, ohne hohen Publikumsverkehr, ohne Verantwortungsübernahme für Personen sowie Tätigkeiten und ohne hohe Anforderungen an die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit ( Urk. 11/44/4) .  
3.8

Mit einem weiteren Zeugnis vom 2. September 2011 attestierten med. pract . G.\_\_\_\_ und die Diplom-Psychologin F.\_\_\_\_ vom Psychiatricentrum B.\_\_\_\_ der Versicherte n vom 1. b is zum 3 0. September 2011 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 11/25) .

Sie führten in ihrem Bericht vom 24.

September 2012 eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90), eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ (ICD-10: F60.31), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) , und psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide , Abhängigkeitssyndrom ,

Teilremission (ICD-10: F12.201) , als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf ( Urk. 11/42/1-2).

Aus ihrer Sicht sei die Versicherte ab dem 8. September 2012 langfristig zu 50 % arbeitsunfähig. Ob sie tatsächlich 50 % arbeiten könne, lasse sich im Rahmen der Behandlung nicht beurteilen und sollte gesondert durch eine Massnahme überprüft werden . Auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sollte die Versicherte maximal vier Stunden täglich arbeiten; ob dies tatsächlich möglich sei, bleibe offen (Urk. 11/42/3 -4).  
3.9

In einer weiteren Stellungnahme vom 4. Oktober 2012 vertrat Dr. I. \_\_\_ vom RAD die Auffassung, es erübrigten sich Ergänzungen zu ihrer umfassen den Stellungnahme vom 1. September 2011. Darin seien eine stark eingeschränkte Leistungsfähigkeit in allen Tätigkeiten und eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten ab August 2011 beschrieben worden . Berufliche Massnahmen einzuleiten sei sinnvoll, danach könnte die Restarbeitsfähigkeit möglicherweise bis auf 50 % gesteigert werden . Das Ressourcenprofil habe Dr. I. \_\_\_ bereits formuliert ( Urk. 11/44/5). 4.

#### **E. 4**

/

#### **E. 4.1**

Zur weiteren Entwicklung der medizinischen Verhältnisse lässt sich den Akten entnehmen, dass sich die Versicherte seit Januar 2013 von

Dr. med. J. \_\_\_ , Fachärztin FMH für Innere Medizin, hausärztlich behandeln liess ( Urk. 11/63/1). Diese untersuchte die Versicherte ihrem Bericht vom Mai 2014 zufolge letztmals am 26. November 2013 ( Urk. 11/63/1, vgl. das Aktenverzeichnis ). In demselben führte Dr. J. \_\_\_ unter anderem eine exokrine Pankreasinsuffizienz mit chronischer Diarrhoe als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf ( Urk. 11/63/1). Sie beurteilte die Versicherte indessen vor allem aus psychischen Gründen als arbeitsunfähig (Urk. 11/63/2).

#### **E. 4.2**

Aus dem Austrittsbericht zur ambulanten Behandlung in der E. \_\_\_ AG vom 4. März 2014 geht hervor, dass die Versicherte neben der pharmakologischen Behandlung Einzeltherapie nach DBT erhalten und ein Jahr lang in einer Skillsgruppe teilgenommen hatte.

Aktuell nehme sie in einer ADHS-Gruppe teil. Sie sei sensibler für selbstschädigendes Verhalten geworden und erkenne dieses schneller . Sie versuche, ihm aktiv entgegenzusteuern.

Sie erleide jedoch immer wieder Rückfälle mit Cannabiskonsum , wobei sie diesbezüglich reflektierter sei und die Konsumphasen seltener aufträten und kürzer ausfielen . Aktuell stünden in der Therapie zwischenmenschliche Beziehungen und die Arbeit an den rigiden, zwanghaften Gedanken- und Verhaltensmustern der Versicherten im Vordergrund. Die pharmakologische Behandlung und die Einzeltherapie

in der E. \_\_\_ AG würden beendet, da die Therapeutin der Versicherten ihren Arbeitsplatz wechsle und die Patientin sich dazu entschieden habe, sich bei ihr weiterbehandeln zu lassen. Die ADHS-Gruppe werde die Versicherte noch bis zum Abschluss der Gruppe,

voraussichtlich Ende Mai 2014, in der E.\_\_\_\_ AG besuchen (Urk. 11/63/6-7) .

#### **E. 4.3**

mit Hinweis).

Bezüglich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ gemäss ICD-10: F60.31 erkannte Dr. A.\_\_\_\_ sodann zutreffend, die Beschwerdeführerin habe erklärt, sie verspüre kein häufiges Gefühl innerer Leere, sie habe sich nie absichtlich verletzt oder geschnitten und sie habe stabile Beziehungen zu ihren Partnern gehabt , womit relevante Symptome fehlten (Urk. 11/92/6 und 11/92/10 ). Seine Feststellung , (erst) 2011 sei

bloss eine ent sprechende Verdachtsdiagnose gestellt worden ( Urk. 11/92/10), ist korrekt (Urk. 11/9/8 = 11/11/2, 11/11/20, 11/13/1 und 11/16/2 ). In diesem Zusammen hang ist zu be tonen , dass Dr. C.\_\_\_\_ im Februar 2011 keine entsprechenden Abklärungen veranlasst hätte, wenn die betreffende Diagnose fachärztlich zuvor bereits einmal gestellt worden wäre (vgl. Urk. 11/9/7-9). Einige Zeit später, namentlich 2012, wurde von med. pract . G.\_\_\_\_ und der Diplom-Psycho login F.\_\_\_\_ hinsichtlich dieses Leidens eine Erstdiagnose gestellt (Urk. 11/42/1). Es erscheint nachvollziehbar, dass es als unwahrscheinlich betrachtet werden muss, dass diese Störung bis 2011 niemandem aufgefallen oder erst danach entstanden ist ( Urk. 11/92/10). Dies muss umso mehr gelten, als die Beschwerdeführerin Jahre zuvor psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt wurde, ohne dass entsprechende Feststellungen gemacht wurden (vgl. Urk. 11/11/18-20 ). Die Beschwerdeführerin vermag daher nichts aus ihrem Einwand abzuleiten , das Fehlen von entsprechenden psychiatrischen Untersuch ungen, Diagnosen oder Behandlungen sei nicht per se ein Ausschluss kriterium für das Vorliegen einer Störung ( Urk. 11/104/2) , hatten doch nachweislich fachärztliche Abklärungen stattgefunden . Ebenso wenig ist der von Seite n der Beschwerdeführerin vert r e tenen Auffassung zu folgen, Dr. A.\_\_\_\_ habe die vielen Arbeitsplatzwechsel und die berufliche Laufbahn nur unzureichend berücksichtigt ( Urk. 11/104/5). Immerhin war die Beschwerdeführerin während mehreren Jahren dazu in der Lage, im selben Anstellungsverhältnis als Hauswartin tätig zu sein, zuletzt auch mit einem Pensum von 100 %

(Urk. 11/4/6 und 11/12 ). Mit Bezug auf den erhobenen Medikamentenspiegel betreffend Quetiapin bleibt ferner zu bemer ken, dass Dr. A.\_\_\_\_ richtig erkannte, er liege weit unter dem Referen zwert ( Urk. 11/92/10; vgl. Urk. 1/92/17, Quetiapin ).

#### **E. 4.4**

Dem Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ vom Februar 2015 zufolge war die Ver sicherte aufgrund ihrer psychischen Instabilität arbeitsunfähig ( Urk. 1 1/75, vgl. das Aktenverzeichnis).

#### **E. 4.5**

Die Diplom-Psychologin F.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ hielten in ihrem Verlaufsbericht vom 2. März 2015 erneut die bereits gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest , wobei sie aktuell eine Abstinenz von Cannabinoiden vermerkten ( Urk. 11/78/5). Es bestehe unverändert eine langfristige 100%ige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 11/78/5-6).

#### **E. 4.6**

In seinem psychiatrischen Gutachten vom 5. August 2015 führte Dr. A.\_\_\_\_ eine depressive Reaktion (ICD-10: F43.21), Januar 2011 bis Sommer 2012 , als Diagnose mit Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit auf. Ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen:

-

Cannabisabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F12.20)

-

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, gemäss Akten (ICD-10: F90.0) -

Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen Anteilen (ICD-10: Z73.1) -

Status nach Polytoxikomanie (ICD-10: F12.20).

Seit Sommer 2012 bestünden keine anhaltenden beziehungsweise relevanten psychischen Beeinträchtigungen mehr. Die Versicherte sei voll arbeitsfähig. Die Funktionen seien kaum eingeschränkt, die Belastbarkeit nur wenig herab gesetzt. Es wirkten sich vor allem die ungünstigen krankheitsfremden Faktoren aus, wie der Status nach Trennung vom Partner, langjährige Arbeitsuntätigkeit, Rückzug in die therapeutische und kreative Welt und fehlende Motivation zur Aufnahme einer Arbeit (Urk. 11/92/11).

#### **E. 4.7**

Am 23. November 2015

nahmen die Diplom-Psychologin F.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ Stellung zum psychiatrischen Gutachten. Sie legten dar, weshalb es ihrer Auffassung nach mit Mängeln behaftet sei, und hielten an ihrer eigenen Einschätzung fest (Urk. 11/104). 5.

#### **E. 5**

und 11/26/8). Zuletzt war sie vom

1. April 2007 bis

zur Kündigung durch die Arbeitgeberin

vom 27. Januar 2011 per

30. April 2011 als Hauswartin angestellt (Urk. 11/4/6 und 11/12), seit dem 1. Juli 2010 mit einem Pensum von 100 %

(Urk. 11/12/2).

Am 1

#### **E. 5.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 5. August 2015 (Urk. 11/92) abgestellt werden kann (Urk. 1 und 2).

#### **E. 5.2**

Das zur Diskussion stehende Gutachten basiert auf der fachärztlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 29. Juni 2015 (Urk. 11/92/1). Es wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstattet (Urk. 11/92/1-4). Die gestellten Fragen beantwortet es umfassend. Überdies setzt es sich detailliert mit anders lautenden Beurteilungen, namentlich mit denen von einigen der behandelnden Diagnosen einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) und einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, auseinander.

### **E. 5.3**

Gegen das Gutachten wurde vorgebracht, die Untersuchung habe lediglich rund 1 ½ Stunden gedauert, womit eine korrekte Beurteilung der komplexen Symptomatik nicht gewährleistet sei ( Urk. 1 S. 2, 11/104/1 , 11/104/6 und 11/105/1 ). Hierzu ist generell festzuhalten, dass ein Gutachter eine Exploration in der Regel nur für eine beschränkte Zeit sieht und sich aus der Anzahl und der Dauer der geführten Gespräche oder durchgeführten Untersuchungen keine Rückschlüsse auf die Wertigkeit eines Gutachtens ziehen lassen. Einen krankheitswertigen Befund oder das Fehlen eines solchen kann ein erfahrener Diagnostiker ohne Weiteres auch nach einem einmaligen Gespräch beziehungsweise einer Untersuchung feststellen. Eine Mindestdauer ist dabei nicht zwingend einzuhalten (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3 und 9C\_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.5 , je mit Hinweis) . Vorliegend kommt hinzu, dass Dr. A.\_\_\_\_ eine umfangreiche Krankengeschichte

zur Verfügung stand, mit der er sich vorbeugen und die er in seine Beurteilung miteinbeziehen konnte. Darüber hinaus lässt sich seinen gutachterlichen Ausführungen entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ihre aktuellen Beschwerden und deren Behandlung, ihre sozialen Verhältnisse, ihren Tagesablauf etc. eingehend schilderte. Es fand eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung statt (vgl. Urk. 11/92/4-8 ). Das Gutachten gibt in diesem Punkt folglich zu keinen Beanstandungen Anlass.

### **E. 5.4**

Des Weiteren wurde gerügt, Dr. A.\_\_\_\_ habe die Diagnosen einiger langjähriger Behandler in Frage gestellt, ohne Zusatzuntersuchungen durchzuführen ( Urk. 11/104/1 , 11/104/6 und 11/105/1 ). Dem ist entgegen zuhalten, dass dem Experten bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weites Ermessensspielraum zukommt und es nicht zwingend notwendig ist, dass der (psychiatrische) Gutachter Zusatzuntersuchungen anordnet (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3 mit Hinweis).

Es trifft zwar zu, dass sich Dr. A.\_\_\_\_ der (erst) im Rahmen des stationären Aufenthalts vom 15. April bis zum 28. Juli 2011 in der E.\_\_\_\_ AG gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung –

bestehend seit 2001 ( Urk. 11/23/6) – nicht angeschlossen hat ( Urk.

11/104/1; vgl. Urk. 11/92/8 ). Die fragliche Diagnose wurde im Bericht der E.\_\_\_\_ AG vom August 2011 weder näher begründet noch mit entsprechenden fachärztlichen Vorberichten untermauert ( Urk. 11/23, vgl. insbesondere Urk. 11/23/7 ). Aus dem Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2003 , welcher Dr. A.\_\_\_\_ zur Beurteilung zur Verfügung stand ( Urk. 11/92/2),

ergeben sich keine Hinweise auf eine seit 2001 oder bereits früher bestehende depressive Problematik ( Urk. 11/11/18-20 ). In demselben wurde ferner festgehalten , dass die Versicherte seit dem Jahr 2000 lediglich sechs Sitzungen bei Dr. L.\_\_\_\_ absolviert hatte (Urk. 11/11/18) , was gegen einen gravierenden psychischen Leidensdruck spricht .

Vor diesem Hintergrund und

insbesondere unter Berücksichtigung der mit den Akten übereinstimmenden Angaben der Beschwerdeführerin, 2011 sei ein schlimmes Jahr für sie gewesen, da die Trennung von ihrem Ehemann erfolgt sei, sie ihren Hund habe einschlafen lassen müssen und Probleme am Arbeitsplatz bestanden hätten ( Urk. 11/92/5 ; vgl. Urk. 11/9/7, 11/12/9, 11/13/2,

11/17/1 und 11/23/6-7 ), erscheint es als nachvollziehbar und schlüssig, dass Dr. A.\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion gemäss ICD-10: F43.21 diagnostizierte. Ebenso leuchtet es ein, dass die nach Sommer 2012 erhobene Psychopathologie keine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit wegen einer depressiven Störung mehr begründete (Urk. 11/92/9-10; vgl. Urk. 11/64/2 und 11/78/5 ).

Entgegen der von Seiten der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung ist es auch nicht zu beanstanden, dass die Beurteilung Dr. A.\_\_\_\_s nicht auf von ihm persönlich durchgeführten Untersuchungen (zwischen Januar 2011 und Sommer 2012) beruhte (Urk. 11/104/1-2 und 11/104/6 ), standen ihm dafür doch die Beschreibungen der damals erhobenen Symptomatik der diversen Behandler zur Verfügung (Urk. 11/9/8 = 11/11/2, 11/13/2-3, 11/16/2 , 11/23/7 und 11/42/3 ) . Das selbe gilt bezüglich des Zeitraums zwischen Sommer 2012 und dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung ( Urk. 11/64/2 und 11/78/5 ).

Soweit die Ausführungen Dr. A.\_\_\_\_s zur im Raum stehenden ADHS-Diagnose beanstandet wurden ( Urk. 11/104/2), ist zu bemerken, dass sich dieselben mit der Aktenlage decken (vgl. insbesondere Urk. 11/9/8 ,

11/11/20 und 11/23 ) . Es mag zutreffen, dass Dr. A.\_\_\_\_ Zweifel hinsichtlich der von einigen der Behandler ( relativ spät) gestellten Diagnose hegte ( Urk. 11/92/9), er schloss eine entsprechende Leiden indessen nicht aus ( Urk. 11/92/2). Es spielt deshalb auch keine Rolle , ob er

von den Resultaten der gemäss der Diplom-Psychologin F.\_\_\_\_ und med. pract . G.\_\_\_\_ durchgeführten ADHS-Abklärung Kenntnis hatte ( Urk. 11/104/2). Vielmehr ist entscheidend, dass die Behandlung mit Concerta den Angaben der Beschwerdeführerin zufolge die ADHS-Problematik zum Verschwinden brachte , wobei der Medikamentenspiegel der am 29. Juni 2015 entnommenen Blutprobe diesbezüglich unter dem Referenzbereich lag (Urk. 11/92/9). Das Fehlen der letztgenannten Angaben wurde zu Unrecht moniert ( Urk. 1 S. 2 f. und 11/104/4), da dieselben

im dem Gutachten angehängten Bericht der MCL vom 1. Juli 2017 aufgeführt sind (vgl. Urk. 11/92/17, Methylphenidathydrochlorid ).

Auch von Seiten der Behandler wurde eine Verbesserung unter der Anwendung von Concerta beschrieben (Urk. 11/42/2). Es kommt hinzu , dass

Dr. A.\_\_\_\_

bei der Begutachtung keine Funktionseinschränkungen erhoben hat , welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen . Unter diesen Umständen hatte er

auch nicht näher zu prüfen, ob die fragliche diagnostische Einordnung tatsächlich korrekt ist , kommt der gestellten Diagnose allein doch keine wesentliche Bedeutung zu (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_671/2 012 vom 15. November 2012 E.

### **E. 5.5**

Der Vorwurf, Dr. A.\_\_\_\_ habe in seinem Gutachten fälschlicherweise festgehalten , die Heroin- und Kokainabhängigkeit habe von ca. 1979 (statt 1989 ) bis 1996 gedauert , trifft zu ( Urk. 1 S. 2 und 11/104/4; vgl. Urk. 11/92/9) . Hierbei handelt es sich jedoch um einen offensichtlichen Verschrieb, der weder den Beweiswert des Gutachtens zu schmälern noch

die ansonsten korrekten und schlüssigen Darlegungen Dr. A.\_\_\_\_ s in Frage zu stellen vermag. Ebenso wenig kommt es darauf an, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung einmal pro Monat oder einmal pro Woche ihre psychologische Betreuung aufsuchte ( Urk. 1 S. 2 und 11/104/4; vgl. Urk. 11/92/6 und 11/92/10). Diesbezüglich ist zu bemerken, dass die erstgenannte Angabe von der Beschwerdeführerin selbst stammt (Urk. 11/92/6), während die zweitgenannte dem Bericht der Behandler vom 2. März 2015 entnommen wurde (Urk. 11/78/6). 5. 6

Zusammenfassend bleibt zu bemerken, dass nichts vorgetragen wurde, was das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

vom 5. August 2015

als nicht schlüssig erscheinen liesse oder sonst in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwa solches Derartiges aus den Akten ersichtlich. Vielmehr erfüllt das Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a). Die Beschwerdeführerin hat daher zu Recht darauf abgestellt. 6.

6.1

Mit dem Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

vom 5. August 2015 ist ausgewiesen, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen Januar 2011 und Sommer 2012 massiv verbessert hat und sie seither wieder zu 100 % arbeitsfähig ist. Da diese Änderung vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung am 19. Februar 2013 (Urk. 11/55) eingetreten ist, kann ihr

revisionsrechtlich keine Relevanz zu kommen. Dies wurde auch von der Beschwerdeführerin richtig erkannt (Urk. 1 S. 3 f.). 6.2

Es ist daher zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Rentenaufhebung gegeben sind (vgl. auch Urk. 10). Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (vgl. anstatt vieler das Urteil des Bundesgerichts 9C\_215/2015 vom 10. Juni 2015 E. 2 mit zahlreichen Hinweisen). Dies trifft unter anderem zu, wenn der Verfügung ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt wurde, insbesondere, wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu einer unvollständigen Sachverhaltsklärung führte (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 9C\_201/2016 vom 18. Juli 2017 E. 4.3 und 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 2, je mit Hinweisen). 6.3

## Die Rentenzusprache

ab April 2012 beruhte auf den Stellungnahmen des RAD vom 1. September 2011 und 4. Oktober 2012 (vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 22. Oktober 2012, Urk. 11/44).

Gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG stehen die interdisziplinär zusammengesetzten regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid unabhängig ( Art. 59 Abs. 2 bis IVG ).

Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest ( Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Überdies stehen die RAD den IV-Stellen beratend zur Verfügung ( Art. 49 Abs. 3 IVV).

Bei den

der Rentenzusprache zugrunde gelegten Stellungnahmen des RAD handelt es sich nicht um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV, da Dr. I.\_\_\_\_ die Versicherte nicht persönlich untersuchte. Ihre Stellungnahmen sind daher lediglich als Berichte gemäss Art. 49 Abs. 3 IVV zu qualifizieren. Mit solchen ist der anderweitig erhobene medizinische Sachverhalt durch den RAD zusammenzufassen und zu würdigen, wozu es auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1 und das Urteil des Bundesgerichts I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). 6.4

Die erste RAD- Stellungnahme bezog sich auf den Bericht der E.\_\_\_\_ vom August 2011 ( Urk. 11/44/4 und 11/23, vgl. auch das Aktenverzeichnis), gemäss welchem die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht als zu 60 bis 80 % zumutbar beurteilt und ein stufenweiser Wiedereinstieg – ab dem 2. August 2011 mit einem Pensum von 20 % – empfohlen wurde (Urk. 11/23/9). Die Schlussfolgerung, es bestehe ab August 2011 lediglich eine 20%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit, steht nicht nur im Widerspruch zum erwähnten Bericht, sondern auch zum Arztzeugnis vom 9. August 2011, gemäss welchem für die Dauer vom 30. Juli bis zum 31. August 2011 bloss eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit

vorlag ( Urk. 11/16/4). Andere Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit waren keine vorhanden. Damit beruht die Stellungnahme des RAD auf einer aktenwidrigen Annahme.

Auch die zweite Stellungnahme, wonach seit August 2011 für sämtliche Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestand ( Urk. 11/44/5), erweist sich als aktenwidrig. Gemäss Arztzeugnis vom 2. September 2011 war die Versicherte vom 1. bis zum 30. September 2011 bloss zu 30 % arbeitsunfähig ( Urk. 11/25). Ab dem 8. September 2012 wurde der Versicherten

– mit deren Einverständnis – eine 50% ige

Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit attestiert, gleichzeitig aber

eine weitere Abklärung diesbezüglich empfohlen (Urk. 11/42/3-4). Eine aussagekräftige ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit, insbesondere ab April 2012, lag damit nicht vor. Ebenso wenig liess sich eine solche den weiteren Akten entnehmen. Dementsprechend konnte sich der RAD im Rahmen seiner Würdigung überhaupt nicht zu einer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung äussern. Er wäre daher dazu gehalten gewesen, zusätzliche Abklärungen zu empfehlen.

Unter den geschilderten Umständen erscheint es als offensichtlich unrichtig, dass die Beschwerdeführerin damals auf die Stellungnahmen des RAD abstellte und die Beschwerdeführerin als in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu

20% arbeitsfähig beurteilte. Es ist ihr sowohl eine Aktenwidrigkeit als auch ein offensichtlich unzulässiger Verzicht auf ergänzende Abklärungen, mithin eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorzuwerfen. 6.5

Bei zweifelloser Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung infolge Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes erübrigt es sich, den damals rechts erheblichen Sachverhalt weiter abzuklären und auf dieser nunmehr hinreichen den tatsächlichen Grundlage den Invaliditätsgrad zu ermitteln. Abgesehen davon, dass Abklärungen betreffend einen weiter zurückliegenden Zeitraum häufig keine verwertbaren Ergebnisse zu liefern vermögen, geht es im hier zu beurteilenden Kontext darum, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechts konformen Zustand herzustellen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_19/2008 vom 29. April 2008 E. 2.1 mit Hinweis). Es spielt deshalb – entgegen der von Seiten der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung – keine Rolle, ob die damals geboten gewesenen weiteren Abklärungen wie behauptet mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein positives Resultat für sie ergeben hätten (Urk. 13 S. 1). Ebenso wenig kommt es darauf an, dass die Beschwerdeführerin keine Schuld an den damaligen Versäumnissen, das heisst an der Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes trifft (Urk. 13 S. 2). 6.6

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

vom 5. August 2015 aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Sommer 2012 auszugehen. Eine seit der Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. März 2016 eingetretene Verschlechterung ihres Gesundheitszustands wurde von der Beschwerdeführerin weder behauptet noch ergibt sich eine solche aus den Akten (vgl. Urk. 3, 11/104 und 18). Mit Bezug auf den physischen Gesundheitszustand ist der Vollständigkeit halber zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin zu Recht nicht vorbringen liess, ihre Arbeitsfähigkeit sei im hier zur Diskussion stehenden Zeitraum bis zum 31. März 2016 aus somatischen Gründen in invaliditätsrelevanter Weise beeinträchtigt gewesen (Urk. 1, 13 und 17). In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass die im ärztlichen Bericht vom 26. November 2013 erstmals aufgeführte exokrine Pankreasinsuffizienz mit chronischer Diarrhoe (Urk. 11/63/1) medikamentös behandelbar und bei entsprechender Medikation

mit keinen weiteren Problemen verbunden ist (vgl. das Urteil des Bundesgerichts I 63/07 vom 18. Januar 2008 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urk. 11/63/2 und 18 S. 1). 6.7

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdeführerin die Invalidenrente mit der angefochtenen Verfügung vom 31. März 2016 zu Recht aufgehoben hat, zumal eine

Berichtigung im Hinblick auf die periodischen Rentenleistungen von erheblicher Bedeutung war (BGE 140 V 85 E. 4.4). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerde führerin aufzuerlegen, zufolge gewährter unentgeltlicher Prozessführung (Urk. 12) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

## **E. 8**

. Februar 2011 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 11/4). Diese klärte die erwerblichen (vgl. Urk. 11/10, 11/12 und 11/26) und medizinischen (vgl. Urk. 11/9, 11/11, 11/13, 11/16, 11/23, 11/25 und 11/42) Verhältnisse ab und gewährte der Versicherten Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (vgl. Urk. 11/28, 11/40 und 11/41). Mit Verfügung vom 19. Februar 2013

sprach die IV-Stelle der Versicherten,

ausgehend von einer 20%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 82% (Urk. 11/44, 11/46 und 11/50), ab dem 1. April 2012 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 11/55).

Im März 2014 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen eine Rentenüberprüfung ein, indem sie der Versicherten den Fragebogen zur Revision der Invalidenrente zu sandte, den diese am 14. Januar 2014 ausgefüllt retournierte (Urk.

#### **E. 11**

/ 57 ). Die IV-Stelle holte einen aktuellen IK-Auszug ( Urk. 11/58) und ärztliche Unterlagen ( Urk. 11/63 und 11/64 ) ein. Mit Schreiben vom 30. Juli 20

#### **E. 14**

forderte sie die Versicherte zur kontrollierten Drogenabstinenz während sechs Monaten auf ( Urk. 11/67). Diese wurde bei Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Innere Medizin, durchgeführt (vgl. Urk. 11/70-73, 11/75, 11/80 und 11/81 ). Die IV-Stelle holte einen Bericht der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandler ein ( Urk. 11/78) und gab bei Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten in Auftrag ( Urk. 11/84 und 11/88), das er am 5. August 2015 erstattete ( Urk. 11/92) .

Mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Aufhebung der Invalidenrente in Aussicht (Urk. 11 / 95 ) . Dagegen liess die Versicherte Einwände erheben ( Urk. 11/101 und 11/105 ) und eine Stellungnahme ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandler vom 23. November 2015 einreichen (Urk. 11/104).

Mit Verfügung vom 31. März 2016 hob die IV-Stelle wie ange kündigt die ganze Invalidenrente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 2 = 11 / 109 ). Einer Beschwerde gegen die Verfügung entzog sie die aufschiebende Wirkung (Urk. 2 S. 3). 2.

Gegen die Verfügung vom 31. März 2016 liess die Versicherte, vertreten durch Y.\_\_\_\_ von Pro Infirmis, mit Eingabe vom 28. April 2016 (Urk. 1) samt Beilage ( Urk. 3) Beschwerde erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 1 ). Überdies ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung ( Urk. 1 S. 1 ) Die IV-Stelle schloss am 2. Juni 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10 ). Mit Verfügung vom 9.

Juni 2016 wurde der Versicherten die unentgeltliche Prozessführung gewährt. Über dies wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und der Beschwerde führe rin eine Frist von 30 Tagen zur Einreichung einer Replik angesetzt (Urk. 12). Die Replik wurde mit Eingabe vom 16. Juni 2016 erstattet (Urk. 13 ). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 28. Juni 2016 auf

eine Duplik ( Urk. 15), wovon der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 29. Juni 2016 Kenntnis gegeben wurde ( Urk. 16) . Am 25. August 2016 liess die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht einreichen ( Urk.

#### **E. 17**

und 18). Dieser wurde der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 29. August 2016 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 19 ).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und die im Beschwerde verfahren neu eingereichten Unterlagen ( Urk. 3 und 18) wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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