

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00805 vom 8. Dezember 2008**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-12-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00805](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00805)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00805 du 8 décembre 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00805 del 8 dicembre 2008

## **Erwägungen**

### **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). 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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche

Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

#### **E. 1.4**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung 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 Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Da bei Brauch es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisi onsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

2.

#### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 19. September 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. August 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihr über den 30. September 2018 hinaus eine Rente nach Gesetz zu gewähren. Eventuell sei eine unabhängige medizinische Begutachtung, insbesondere unter Einbezug eines Psychiaters, zur Klärung des medizinischen Sachverhalts in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2018 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 2. November 2018 wurde der Beschwerdeführerin eine Kopie der Beschwerdeantwort zugestellt und das Gesuch um Gewährung eines zweiten Schriftenwechsels (vgl. Urk. 1 S. 2 unten) abgewiesen (Urk.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte mit Verweis auf den

Untersuchungsbericht ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 23. April 2014 fest, eine schwere bis mittelgradige depressive Episode sei nicht mehr festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin könne ohne Medikamente gesellschaftlich und auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehen. Daher werde von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen. Derzeit finde eine Therapiepause statt. Das Arbeitspensum der bisherigen Tätigkeit an einer Rezeption habe sie von 20 %

auf 40 % erhöhen können. Nebenbei studiere sie an der Z. \_\_\_ in Österreich (Urk. 2 S. 2 oben). Nach dem zusätzlich eingeholten psychiatrischen Gutachten seien viele Ressourcen vorhanden. Die Beschwerdeführerin gehe regelmässig in ein Handballtraining und unternehme mit ihrer Partnerin Ausflüge am Wochenende (S. 2 Mitte).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte vor, von einem Revisionsgrund sei nicht auszugehen. Eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes liege klar nicht vor (Urk. 1 S. 14 Ziff. 32). Die Beschwerdegegnerin habe sodann nicht die Möglichkeit, gutachterlich nachvollziehbar hergeleitete Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit nach ihrem Gusto abzuändern (Urk. 1 S. 15 Ziff. 37). Die Beschwerdeführerin nahm sodann eine eigene Indikatorenprüfung vor (Urk. 1 S. 18 ff.).

### **E. 2.3**

Zum Zeitpunkt der Verfügungen

vom 13. Dezember 2010 und vom 1. Juni 2011 bestand für jede Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet daher die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der

Rentenzusprache bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. August 2018

massgeblich verbessert hat, und ob die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht für die Zukunft aufgehoben hat. 3.3.1

Die Beschwerdeführerin wurde am 20. Dezember 2002

in ihrer Wohnung von ihrem Exfreund zusammengeschlagen (Urk. 6/10/19 Ziff. 2 und 4-6).

Dr. med. A. \_\_\_, Assistenzärztin, und Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, C. \_\_\_,

nannten im Bericht vom 13. August 2003 (Urk. 6/10/32-33) als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und Missbrauch verschiedener psychotroper Substanzen, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F19.1, S. 1). 3.2

Dr. B. \_\_\_ nannte im Bericht vom 2. März 2004 (Urk. 6/10/35-36) als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion nach dem Überfall vom 20. Dezember 2002 (ICD-10 F43.21) und einen schädlichen Gebrauch von Kokain und Ecstasy (ICD-10 F19.1, S. 1). Dr. B. \_\_\_

gab an, die Beschwerdeführerin habe nach dem Austritt aus der C. \_\_\_ eine Stelle als Rezeptionistin mit einem Pensum von 70 % aufgenommen. Entsprechend habe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestanden (S. 1 unten).

3.3

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliar psychiater der Suva, führte im Bericht vom 24. Oktober 2005 ( Urk. 6/15/4-8) aus, die Beschwerdeführerin leide heute an einer schweren Depression (S. 4 unten). 3.4

Die behandelnde Psychiaterin

Dr. med.

E.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 11. Juni 2006 ( Urk. 6/21/3-7) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( lit . A): - rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht-mittelgradige Episode, deutlich beziehungs- und entwicklungsabhängig (ICD-10 F33.1), Störung in Ansätzen seit der Pubertät

bestehend , deutlich seit schwerer Miss handlung durch den Exfreund - Neurodermitis, vor allem im Hals- und Kopfbereich, Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit je nach beruflichem Umfeld, bestehend seit der Pubertät - Asthma bronchiale (vor allem allergischer Natur)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen Status nach schädlichem Gebrauch psychotroper Substanzen (vor allem Kokain), abstinent seit 2003 (S. 1

lit . B oben ).

Die Psychiaterin gab zur Arbeitsfähigkeit an , ab dem 24. März 2003 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und vom 14. Juli 2003 bis Ende Januar 2004 von 100 %

bestanden . Ab dem 1. Februar 2004 habe für die Tätigkeit als Rezeptionistin eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und ab dem 1. Mai 2004 von 40 % bestanden . Für die Zeit vom 7. November 2005 bis 8. Februar 2006 attestierte sie erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Weiter gab sie an , dass nach einem Kurzaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zu Beginn eine Teilarbeitsfähigkeit von 30-50 % bestanden habe (S. 1 unten). Für die angestammte Tätigkeit als Rezeptionistin werde eine Restarbeitsfähigkeit von 30 % geschätzt. Die unregelmässigen Arbeitszeiten wirkten sich ungünstig auf die psychische Symptomatik aus. Für diese Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit daher nicht weiter ausbaubar. In einer angepassten Tätigkeit könne mit einer Restarbeitsfähigkeit von zirka 50 %

begonnen werden , welche weiter ausgebaut werden könne (S. 5 Ziff. 2). Durch die Tagesmüdigkeit und eine raschere Ermüdbarkeit beständen eine leicht eingeschränkte Konzentration und Aufmerksamkeit . Aufgrund von Antriebsstörungen beständen grosse Probleme beim Aufstehen am Morgen (S. 5 Ziff. 4). 3.5

3.5.1

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 1. Oktober 2006 ( Urk. 6/27) im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Gutachten. Er führte zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin habe siebzehnjährig begonnen, Drogen zu konsumieren. Sie habe Ecstasy und später Amphetamine und Kokain zu sich genommen (S. 5 Mitte). Nach dem Ereignis vom Dezember 2002 habe sie anfänglich starke Schmerzen im Nacken und im Kopf gehabt. Heute habe sie normalerweise keine Schmerzen mehr. Sie könne den Kopf aber nicht lange seitwärts neigen und ab und zu spüre sie den Nacken (S. 6 oben). Im weiteren Verlauf sei während sieben Monaten

ein stationärer Aufenthalt in der C.\_\_\_\_ erfolgt. Ab Februar 2004 sei sie an der Rezeption des Hotels

Y.\_\_\_\_

angestellt gewesen, anfänglich mit einem Pensum von 70 % . Nach drei Monaten habe sie das Pensum auf 60 % reduziert, weil ihr die Arbeit zu viel geworden sei (S. 6 unten).

### 3.5.2

Dr. F.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen (S. 9 Ziff. 4 oben): - rezidivierende depressive Phasen, zum Teil schwergradig (ICD-10 F33.2) - Status nach Missbrauch von multiplen Suchtmitteln (Kokain, Amphetamine, Halluzinogene, ICD-10 F19.1) - selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - Residualsymptomatik nach körperlicher Misshandlung mit Schleudertrauma am 20. Dezember 2002 - Status nach Neurodermitis und Asthma

Die Beschwerdeführerin sei durch die Scheidung der Eltern in der Schulzeit in einen psychischen Stresszustand geraten (S. 9 Mitte). Die psychischen Schwierigkeiten hätten sich in der Lehrzeit noch deutlicher manifestiert. Sie habe die Lehre nach einem halben Jahr abgebrochen und sei in jener Zeit in einen Drogenabusus geraten. Dies sei als Ausdruck einer übermäßigen Beeinflussbarkeit der Patientin und einer Fluchttendenz aus dem subjektiven Druck des Alltages zu verstehen . Die Persönlichkeitsstörung mit Selbstunsicherheit , mangelndem Selbstbewusstsein und mangelnder Identität, mangelndem Durchsetzungsvermögen und Beeinflussbarkeit habe zu einer reduzierten psychischen Bewältigungsfähigkeit und zu Inkonstanz auf allen Ebenen geführt . Dies zeige sich in der bis heute offenen Berufswahl und der subjektiven Überforderung in allen Berufstätigkeiten und im Abbruch von solchen sowie in Partnerschaften mit wechselnden Abhängigkeiten und Trennungen . Dies zeige sich auch im

Drogenabusus als Fluchttendenz aus der Wirklichkeit (S. 9 unten). Im klinischen Eindruck komme die Persönlichkeitsstörung zwar nicht unmittelbar zum Vorschein. Vielmehr imponierten eine gute Auffassungsgabe und eine affektive Zugänglichkeit. Von der Persönlichkeit her wirke die Patientin aber adynamisch, wenig selbstbewusst und wenig abgegrenzt. Anamnestisch habe sich ihre Lebensbewahrung als sehr spärlich erwiesen ( S. 9 f.).

Von der aggressiven körperlichen Misshandlung vom 20. Dezember 2002 sei eine Residualsymptomatik zurückgeblieben mit Kopf- und Nackenschmerzen und einer Seh- und Hörverminderung rechts. Die Patientin habe das Ereignis psychisch schlecht verkraftet. Das letzte halbe Jahr der Lehrzeit habe sie 50 % gearbeitet . Nach dem Lehrabschluss sei sie ein halbes Jahr wegen einer depressiven Symptomatik psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Schliesslich habe sie von Februar 2004 bis November 2005 als Rezeptionistin in einem Hotel gearbeitet, aber mit einem reduzierten Arbeitspensum und immer an der Belastungsgrenze. Danach sei sie wieder in eine schwere Depression geraten und arbeitsunfähig geworden (S. 10 oben) . 3.5.3

Generell und für kaufmännische Tätigkeiten betrage die Arbeitsfähigkeit höchstens 50 % . Eine weitere psychiatrische Behandlung sei dringend indiziert. Die Art der Behandlung müsse pragmatisch gewählt werden und könne der Patientin nicht in Form einer bestimmten Methode auferlegt werden, da ein Erfolg nicht garantiert sei (S. 10 unten).

Aus psychiatrischer Sicht habe ab dem 24. März 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab dem 14. Juli 2003 von 100 % bestanden. Ab dem 1. Februar 2004 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und ab 1. Juli 2004 von 40 % bestanden. Ab dem 7. November 2005 habe erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Seit dem 22. Mai 2006 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die Prognose sei ungewiss (S. 10 Ziff. 5). Es bestehe ein Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit für längere Zeit eingeschränkt habe. Im Vordergrund stünden eine depressive Apathie und eine Adynamie sowie eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung mit den beschriebenen Folgen (S. 11 Ziff. 7). 3.6

Dr. E.\_\_\_\_ attestierte im Bericht vom 4. Mai 2008 (Urk. 6/57/7-10) für die Tätigkeiten als Sekretärin mit KV-Ausbildung und als Rezeptionistin in einem Hotel seit dem 7. November 2005 bis heute eine Arbeitsunfähigkeit von 70-100 % (S. 1 Ziff. 2). Weiter gab sie an, in angestammter Tätigkeit bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von zirka 30 %. In einer der Behinderung angepassten Tätigkeit bestehe bei einer Präsenzzeit von 50 % eine Leistungsfähigkeit von 70-80 %. Bei einem ähnlichen Setting sei ein weiterer Ausbau der Arbeitsfähigkeit möglich (S.

4). 3.7

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Versuchspsychiatrischer Dienst der Suva, führte in einer Notiz vom 26. August 2008 (Urk. 6/61/2) über eine telefonische Rückfrage bei Dr. E.\_\_\_\_ aus, nach den Angaben der Psychiaterin arbeite die Beschwerdeführerin an drei Tagen pro Woche am Nachmittag an einem geschützten Arbeitsplatz. Die Belastbarkeit sei jedoch nicht besser geworden. Auf dem freien Arbeitsmarkt bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. 3.8

Dr. G.\_\_\_\_

stellte im Bericht vom 19. Februar 2009 (Urk. 6/69/2-11) folgende Diagnosen (S. 8 oben):  
- sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) bei massiver Gewaltanwendung bei Überfall vom 20. Dezember 2002 - auf der Symptomebene verschiedentlich depressive Einbrüche, daneben dissoziative Symptome und solche, die bei einer posttraumatischen Belastungsstörung auftreten können - Status nach schädlichem Gebrauch von Kokain, Cannabis und Ecstasy

Dr. G.\_\_\_\_ führte weiter aus, die Beschwerdeführerin habe nach dem Ereignis vom Dezember 2002 Symptome wie Müdigkeit, Freudlosigkeit, sozialer Rückzug, Ängste, Schlafstörungen und Albträume entwickelt. Nach der Kündigung der Arbeitsstelle bei einem Hotel hätten nur noch Arbeitsversuche an geschützten Arbeitsplätzen stattgefunden mit einer Leistung von maximal 50 % (S. 8 unten). Teilweise hätten Symptome vorgelegen, wie sie bei einer Persönlichkeitsstörung zu sehen seien. Als Differentialdiagnose sei eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) zu diskutieren. So habe die Beschwerdeführerin eine Neigung zu einer intensiven Beziehung. Gegen eine Persönlichkeitsstörung spreche allerdings, dass sie die Lehre abgeschlossen und sie lange Zeit eine Tätigkeit von 60 %

auf dem ersten Arbeitsmarkt aufrechterhalten habe (S. 9 oben). 3.9

Dr. E.\_\_\_\_ gab in einem Bericht vom 11. März 2009 (Urk. 6/70) an, für die angestammte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Für die Tätigkeit beim

H.\_\_\_\_ bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30 % . Diese Tätigkeit entspreche einem geschützten Arbeitsplatz . Eine andere Tätigkeit als an einem geschützten Arbeitsplatz sei ihr nicht zumutbar ( Ziff. 2 und 3). 3.10

Pract . med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD der Beschwerdegegnerin, führt in der Stellungnahme vom 10. August 2009 ( Urk. 6/82 S. 10 f.) aus, nach dem Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 11. März 2009 sei das psychische Befinden der Beschwerdeführerin in etwa unverändert. Die Psychiaterin habe im Vorfeld eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Im Vordergrund stehe weiterhin eine psychische Instabilität. Es würden weiterhin Antriebs- und Stimmungsstörungen, eine Tagesmüdigkeit, eine erhöhte Erschöpfbarkeit, ein sozialer Rückzug sowie eine Tag-Nacht-Umkehr beschrieben. Mindestens seit März 2009 bestehe im ersten Arbeitsmarkt keine Restarbeitsfähigkeit mehr. An einem geschützten Arbeitsplatz bestehe noch eine 30%ige Arbeitsfähigkeit. Die Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung sei sicher indiziert. Allerdings sei bei dem zwischenzeitlich mehrjährigen Verlauf keine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit zu erwarten. 3.11

Mit Verfügungen vom 13. Dezember 2010 und vom 1. Juni 2011 ( Urk. 6/88, Urk. 6/90-92 ) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2004 eine Viertelsrente und ab dem 1. Februar 2006 eine ganze Rente zu . Für die Zeit vom 1. September 2007 bis 29. Februar 2008 verneinte sie einen Rentenanspruch. Ab dem 1. März 2008 bejahte sie wieder einen Anspruch auf eine ganze Rente. 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin wurde am 22. April 2014 durch med. pract .

J.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, untersucht. Er führte im Bericht vom 23. April 2014 ( Urk. 6/118) aus, die Beschwerdeführerin arbeite derzeit an fünf Tagen im Monat als Rezeptionistin (S. 1 Ziff. 2). Nach ihren Angaben komme es bei Belastung zu depressiven Phasen. Es bestünden eine Antriebslosigkeit, Schlafstörungen und eine schnelle Erschöpfbarkeit (S. 2 Ziff. 3). Eine Psychotherapie habe stattgefunden . Derzeit erfolge aber eine Therapiepause. Die Therapie werde in Kürze wiederaufgenommen (S. 2 Ziff. 5 Mitte). Seit 2013 arbeite sie als Rezeptionistin mit einem Pensum von 23 % . Davor habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (S. 3 Ziff. 7).

Wahrnehmungsstörungen bestünden nicht. Flashbacks und Alpträume seien als Traumatisierungshinweise zu eruieren (S. 3 Ziff.

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

## **E. 8**

unten). Als Ängste seien Versagensängste angegeben worden. Weiter sei der

Tag-/ Nacht -Rhythmus ein Problem. Sie stehe um 16 Uhr auf. Ein sozialer Rückzug bestehe nicht (S. 4 oben). Es werde ein vermindertes Selbstwertgefühl angegeben (S. 4 Mitte). Die Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie zur Planung und Strukturierung von Aufgaben seien gegeben. Wegen einer schnellen Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit sei die Durchhaltefähigkeit jedoch stark eingeschränkt. Die Kontaktfähigkeit sei gegeben. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei

mittelgradig eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin betrachte die Arbeitsfähigkeit als steigerungsfähig , unter der Voraussetzung, dass eine Tagesstruktur mit normalem

Tag-/Nacht rhythmus gelernt werde (S. 4 unten).

Med. pract . J. \_\_\_ nannte als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 9): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, derzeit leichtgradig (ICD-10 F33.0)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Konsum von Suchtmitteln , derzeit abstinent (S. 5 Ziff. 9).

Eine schwer- bis mittelgradige Depression sei nicht mehr festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin könne sogar ohne Medikamente gut gesellschaftlich und auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehen. Bezüglich der Depression sei daher von einer Verbesserung auszugehen. Bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung sei zu erwähnen, dass diese nicht komplett behandelt worden sei. Derzeit finde eine Therapiepause statt, um die Beschwerdeführerin nicht zu überfordern. Es werde eine fachspezifische EMDR-Behandlung empfohlen. Dadurch könne die Arbeitsfähigkeit weiter verbessert werden ( S. 5 Ziff.

## **E. 10**

Mitte).

Es bestünden eine geringe Belastbarkeit und Probleme bezüglich des Tag-Nacht -Rhythmus. Weiter bestünden Antriebsprobleme und Stimmungsschwankungen. Die bisherige Erwerbsbiographie sei im Zusammenhang zu sehen mit dem traumatischen Ereignis von 2002. In der bisherigen Tätigkeit mit starkem Termindruck bestehe keine Arbeitsfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Diese könne innerhalb eines Jahres auf 80 % gesteigert werden bei einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung (S.

5 unten). 4.2

Suva-Arzt Dr. G. \_\_\_ führte in einer psychiatrischen Beurteilung vom 30. September 2014 ( Urk. 6/134/2-6) aus, er sei im Hinblick auf die Prognose von med. pract . J. \_\_\_ deutlich zurückhaltender. Eine Reintegration der Beschwerdeführerin zu 80 % sei bei diesem Störungsbild und einem langjährigen chronifizierten Verlauf nicht zu erwarten (S. 4 unten). 4.3

Dr. E. \_\_\_ gab im Bericht vom 15. August 2015 ( Urk. 6/156/1-2) an, die Beschwerdeführerin habe sich nach einem dreijährigen Unterbruch wieder bei ihr gemeldet. Die psychiatrischen Befunde hätten sich weder subjektiv noch objektiv wirklich verändert, abgesehen von einem Rückgang der depressiven Symptomatik. Als Leitsymptom sei

nach wie vor eine deutliche Tag- /Nachtumkehr und eine Hypersonnie vorhanden mit einer Schlafdauer von 12-14 Stunden, die durch die Patientin nur wenig beeinflusst werden könne (S. 1). Die Beschwerdeführerin arbeite beim Hotel Y. \_\_\_ in Zürich. Aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40 % , die bisher nicht habe gesteigert werden können (S. 2). 4.4

Dr. med. K. \_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt, L. \_\_\_ , nannte im Bericht vom 25. August 2015 ( Urk. 6/156/3-4) nach einem Vorgespräch vom 29. Juli 2015 als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Dr. K. \_\_\_ gab weiter an, es liege ein zwischen mittelgradig und schwergradig fallendes depressives Syndrom vor. Die Diagnose einer posttraumatischen Belas

tungsstörung habe zum Zeitpunkt des Vorgesprächs nicht eindeutig gestellt werden können (S. 2 unten). 4.5

Vom 2. Februar bis 3. Mai 2016 erfolgte ein stationärer Aufenthalt in der M.\_\_\_\_ der L.\_\_\_\_ (Urk. 6/163/5). Die Fachleute der L.\_\_\_\_

nannten im Austrittsbericht vom 31. Mai 2016 (Urk. 6/163/5-8) als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, Differentialdiagnose: Dysthymia (ICD-10 F33.0), und eine nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (ICD-10 F51.2). Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, bis zum 10. Mai 2016 habe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden. Danach habe bis zum 17. Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden (S. 1 unten). 4.6

Die Fachleute der L.\_\_\_\_ gaben im Verlaufsbericht vom 24. Juni 2016 (Urk. 6/163/1-4) an, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %. Die Patientin benötige für die Erledigung der anfallenden Arbeiten verglichen mit ihren Arbeitskollegen mehr als die vorgegebene Zeit. Die Qualität ihrer Arbeit sei jedoch gut. Angepasst sei eine Tätigkeit mit weniger akutem Druck (S. 3 Ziff. 2.1). 4.7

Dr. E.\_\_\_\_ stellte im Zwischenbericht vom 28. Oktober

2016 (Urk. 6/167/2-4) neu die Diagnose einer Zwangsstörung, vorwiegend Zwangsgedanken (ICD-10 F42.2, S. 1 Ziff. 1). Die Psychiaterin gab zur Arbeitsfähigkeit an, nach der stationären Behandlung habe die Beschwerdeführerin ihre Arbeit ab dem 17. Mai 2016 mit einem Pensum von 40 % wiederaufgenommen. Wegen der gesundheitlichen Probleme beabsichtige sie, die Arbeitsstelle beim jetzigen Arbeitgeber auf Ende November oder Ende Dezember 2016 zu kündigen (S. 3

Ziff. 4). 4.8

Dr. E.\_\_\_\_

führte im Bericht vom 3. April 2017 (Urk. 6/173) aus, die Beschwerdeführerin habe die Stelle als Rezeptionistin (Nischenarbeitsplatz) per Ende November 2016 gekündigt wegen erhöhter Anforderungen seitens des Arbeitgebers. Zudem seien ihr keine Pausen gewährt worden. Das klinische Bild imponiere als zunehmend depressiv im Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode mit anwachsender Suizidalität. Die Suizidalität habe vor allem aufgrund vom Problemlösen in der Partnerschaft zugenommen (S. 1).

Seit dem 20. April 2017 übe die Beschwerdeführerin als kaufmännische Angestellte ein Pensum von 20 % aus. Sie arbeite an zwei Tagen pro Woche für fünf bis sieben Stunden, wobei die Effizienz höchstens bei 50 % liege, da die Patientin verlangsamt und vergesslich sei und sich Konzentrationsprobleme zeigten. Es handle sich erneut um einen Nischenarbeitsplatz (S. 2 oben). Die Beschwerdeführerin sei in der Gesamtsituation psychisch instabil. Es sei eine Arbeitsfähigkeit zwischen 20-40 % anzunehmen (S. 2 Mitte). 4.9 4.9.1

Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 14. Mai 2018 (Urk. 6/182) im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Gutachten. Die Untersuchungen erfolgten am 10. und am 24. November 2017 (S. 1 unten).

Dr. N.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie am meisten mit Depressionen zu kämpfen habe, die sehr unkontrolliert auftreten würden. Es bestünden

emotionale Schwankungen und ein Morgentief. Alles koste sie Überwindung und viel Kraft. Aktuell arbeite sie zwischen 30 und 40 % in einem Büro (S. 37 Ziff. 3.1.1). Teilweise habe sie Angstzustände und komme nicht aus dem Haus. Dies sei ihr im Jahr 2017 zirka dreimal passiert. Generalisierte Ängste bestünden nicht. Öffentliche Verkehrsmittel könne sie nicht benützen. Sie fahre aber Auto. Teilweise habe sie zwanghafte Gedanken, dass ihre Partnerin sie betrügen könnte (S. 38 oben). Der Antrieb sei herabgesetzt. Sie sei verlangsamt und alles koste Kraft. Sie habe Alpträume und teilweise Durchschlafstörungen sowie einen verschobenen Tag-/Nachtrhythmus (S. 38 unten). Mit 18 Jahren sei der Überfall von Seiten ihres Exfreundes passiert, wodurch sie arbeitsunfähig geworden sei (S. 41 Ziff. 3.1.5). In der Zeit von 2013 bis 2016 habe sie als Rezeptionistin und im Backoffice im Hotel Y. gearbeitet (S. 41 f. Ziff. 3.1.6). Seit dem Jahr 2017 sei sie mit einem Pensum von 30-40 % bei der O. ange stellt, wo sie einfache Büroarbeiten verrichte. Sie fühle sich dort gut aufgehoben (S. 42 Ziff. 3.1.6). Die Beschwerdeführer stehe in der Regel erst gegen 11 Uhr auf und gehe gegen 12.30 Uhr arbeiten. In der Folge arbeite sie bis 19 oder 20 Uhr. Gegen 22 Uhr gehe sie schlafen (S. 42 Ziff. 3.1.8).

Nach dem Überfall von 2002 seien eine depressive Symptomatik sowie eine posttraumatische Symptomatik mit ständigen Flashbacks aufgetreten (S. 43 Ziff. 3.1.9 oben). Die Beschwerdeführerin habe das Ziel, zu 50 % zu arbeiten. Das Problem sei, konstant vier Stunden durchzuhalten (S. 44 Ziff. 3.1.10 oben). 4.9.2

Die Gutachterin gab zum Befund an, die Beschwerdeführerin habe insgesamt etwas verlangsamt und klagsam in Bezug auf die beteiligten Versicherungen gewirkt (S. 44 Ziff. 4.1). Für die Dauer des Gespräches habe sie die Aufmerksamkeit durchgehend aufrechterhalten können. Sie habe dem Untersuchungsverlauf inhaltlich gut folgen können und es hätten sich keine Störungen des Kurzzeitgedächtnisses gezeigt. Auch das Langzeitgedächtnis habe sich klinisch als unauffällig erwiesen (S. 45 Ziff. 4.3.1 unten).

Die Fähigkeit, sich an Regeln zu halten, Termine wahrzunehmen und sich in Organisationsabläufe einzufühlen, sei leicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit, den Tag oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, sei ebenfalls leicht beeinträchtigt (S. 47 unten). Die Fähigkeit, sich im Verhalten sowie im Denken und Erleben wechselnden Situationen anzupassen, sei mittelgradig beeinträchtigt (S. 48 oben). Die Fähigkeit, hinreichend, ausdauernd und während der üblicherweise zu erwartenden Zeit im Beruf oder bei sonstigen Aufgaben anwesend zu sein und ein durchschnittliches Leistungsniveau aufrechtzuerhalten, sei mittelgradig beeinträchtigt (S. 48 Mitte). Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei ebenfalls leicht eingeschränkt (S. 48 unten). 4.9.3

Dr. N. nannte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 50 Ziff. 5.1): - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (ICD-10 F51.2)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (S. 50 Ziff. 5.2): - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung mit einer Restsymptomatik (ICD-10 F43.1) - akzentuierte Persönlichkeitszüge (emotional instabil, ICD-10 Z73) - psychische und Verhaltensstörungen durch Sedative, Verdacht auf schädlichen Gebrauch (ICD-10 F13.0)

Die Beschwerdeführerin habe im Alter von 18 Jahren den massiven gewalttätigen Angriff ihres Exfreundes erlebt. In der Folge sei es zu einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, einer fortführenden psychiatrischen Behandlung und zu psychiatrischen Hospitalisationen gekommen. Die Beschwerdeführerin habe zudem angegeben, dass sie bereits seit der Jugend unter depressiven Phasen leide, die sich im Verlauf akzentuiert hätten (S. 51 Ziff. 6.1). Seit der Jugend seien Konflikte zu erkennen. Nach der Scheidung ihrer Eltern sei es der Beschwerdeführerin nur eingeschränkt möglich gewesen, ihren Vater zu treffen. Das Ereignis von 2002 habe sie dann in ihrer weiteren Entwicklung massgeblich gestört. Es sei zu Verletzungen und vor allem zu psychischen Folgeschäden gekommen, die sich im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung manifestiert hätten (S. 52 Mitte).

Aktuell stehe ein depressives Zustandsbild im Vordergrund. Die Kardinalsymptome einer Depression seien im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung festgestellt worden. Der Antrieb sei herabgesetzt und das Selbstvertrauen beeinträchtigt gewesen. Es sei davon auszugehen, dass ein depressives Zustandsbild mittelgradiger Ausprägung bestehe. Aktuell sei daher von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Im Weiteren stünden emotional instabile Persönlichkeitszüge im Vordergrund, wobei von einer Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen sei. Eine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne könne nicht diagnostiziert werden. Die Beschwerdeführerin habe posttraumatische Symptome wie eine Irritierbarkeit, teilweise eine erhöhte Schreckhaftigkeit und Alpträume angegeben. Sie habe jedoch selber bestätigt, dass diese nicht mehr im Vordergrund stünden (S. 52 unten). Es handle sich zwar um massiv einschneidende Erlebnisse, in deren Folge vermutlich Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung vorhanden gewesen seien. Diese stünden aktuell jedoch nicht mehr im Vordergrund, so dass daraus bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine Kausalität abgeleitet werden könne (S. 53 unten).

Hinweise auf Diskrepanzen oder Inkonsistenzen hätten sich nicht ergeben. Die Beschwerdeführerin habe ihre Beschwerden nachvollziehbar und kohärent geschildert (S. 54 Ziff. 6.3). Derzeit befinde sie sich in einer regelmässigen wöchentlichen psychiatrischen Behandlung mit medikamentöser Behandlung. Als problematisch stelle sich der Gebrauch von Benzodiazepinen dar (S. 54 Ziff. 6.4). 4.9.4

Die Beschwerdeführerin befinde sich derzeit in einem stabilen Zustand, was sie auch selber bejahe. Es sei daher eine höhere Arbeitsfähigkeit, mindestens eine solche von 50%, zu erreichen. Dr. F. \_\_\_ habe am 1. Oktober 2006 eine seit dem 22. Mai 2006 bestehende Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert. Jedoch sei davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit in der Folge wegen einer depressiven Dekompensation erneut verschlechtert habe, so dass nicht durchgängig eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestanden habe. Die Arbeitsfähigkeit sei vielfach als nicht gegeben betrachtet worden, da die Beschwerdeführerin als nicht integrierbar beurteilt worden sei. Anlässlich der heutigen Untersuchung habe sie bezüglich des aktuellen Arbeitsplatzes als sozial durchaus integrierbar gewirkt. Die Beschwerdeführerin sei aber auf eine möglichst konfliktfreie Umgebung und auf Verständnis des Arbeitgebers angewiesen (S. 54 f. Ziff. 6.5.1). Selber erlebe sie sich längerfristig als zu 50% arbeitsfähig (S. 55 Ziff. 6.5.2). Sie lebe zwar alleine. Es bestehe jedoch eine stabile Partnerschaft. Als weitere Ressource bestehe eine Mitgliedschaft in einem Handballklub. Weiter könne sie Reisen unternehmen und es bestünden regelmässige Kontakte zu ihrer Mutter und ihrer Schwester (S. 55 Ziff. 6.5.3).

Die Gutachterin antwortete auf die Fragen der Beschwerdegegnerin, die Arbeitsfähigkeit habe sich seit der letzten Revision verbessert. Aktuell bestehe seit Dezember 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 56 Ziff. 1 unten). Der Gesundheitszustand habe sich August 2009 verändert. Das depressive Zustandsbild habe sich zumindest seit Januar 2013 bis November 2016 soweit gebessert, dass eine Arbeitsfähigkeit von 40 % vorgelegen habe. Seit Dezember 2016 könne im Rahmen einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden. Vorgängig sei von einem wechselhaften Zustandsbild auszu gehen. Die Beschwerdeführerin sei im Zeitraum von 2013-2016 jedoch in der Lage gewesen, einem Arbeitspensum von 40 % nachzugehen. Es könne daher bereits für diesen Zeitraum von einer Verbesserung im Vergleich zum Jahr 2009 ausgegangen werden. Es sei davon auszugehen, dass sich die posttraumatischen Symptome zum Teil gebessert hätten. Die depressive Symptomatik habe sich im Verlauf und bezüglich der Ausprägung als sehr schwankend erwiesen (S. 57). 4.10

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nahm am 17. Mai 2018 (Urk. 6/194 S. 5 f.) Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2018. Er führte aus, gemäss dem Gutachten dürften bezüglich des Belastungsprofils keine zu hohen kognitiven Anforderungen gestellt werden. Die gelte auch für kreative Tätigkeiten und bei Konflikten mit dem Arbeitgeber. In der Tätigkeit als Büroangestellte sei die Beschwerdeführerin auf psychiatrischen Fachgebiet seit der Aufnahme der aktuellen Tätigkeit als zu 50 % arbeitsfähig zu beurteilen. Die derzeitige Bürotätigkeit entspreche bereits einer Verweistätigkeit. Das Arbeitsprofil umfasse einfache Büroarbeiten wie Rechnungen ablegen, Offerten eröffnen etc. (S. 6 oben). In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil habe von Januar bis November 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % bestanden. Seit Dezember 2016 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu erwarten (S. 6 unten). 5. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1).

Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E.

4.2.1).

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

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 5.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 6. 6.1

Die behandelnden Ärzte der C.\_\_\_\_ nannten nach dem Ereignis vom Dezember 2002 als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung beziehungsweise eine Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion sowie einen schädlichen Gebrauch verschiedener psychotroper Substanzen (vorstehend E. 3.1 und 3.2). Nach einer stationären Behandlung in der C.\_\_\_\_

arbeitete die Beschwerdeführerin ab dem

1. Februar 2004

mit einem Teilzeitpensum als Rezeptionistin beim Hotel Y.\_\_\_\_ (Urk. 6/4/1 Ziff. 1 und 5). Für diese Tätigkeit bestand

ab dem 1. Februar 2004 entsprechend dem ausgeübten Teilzeitpensum

eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und ab dem 1. Mai 2004 von 40 % . Von November 2005 bis Mai 2006 bestand erneut

eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (E. 3.4 und 3.5.3).

Dr. F.\_\_\_\_ nannte im psychiatrischen Gutachten vom 1. Oktober 2006 als Diagnosen rezidivierende depressive Phasen , zum Teil schwergradig , einen Status nach Missbrauch von multiplen Suchtmitteln , eine selbstunsichere Persönlich keitsstörung, eine Residualsymptomatik nach körperlicher Misshandlung mit Schleudertrauma im Dezember 2002 und einen Status nach Neurodermitis und Asthma (vorstehend E. 3.5.2). Der Gutachter attestierte seit Mai 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (E. 3.5.3 ). Im weiteren Verlauf attestierten RAD- Arzt

pract . med. I.\_\_\_\_ und die behandelnde Psychiaterin seit März 2009 für jegliche Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vorstehend E. 3.9 und 3.10). 6.2

RAD-Arzt med. pract . J.\_\_\_\_

nannte im Bericht vom 23. April 2014 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung und eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leichtgradig. Er kam zur Einschätzung, dass für die bisherige Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Für eine angepasste Tätigkeit attestierte er eine Arbeitsfähigkeit von 50 % , die innerhalb eines Jahres auf 80 % gesteigert werden könne (E. 4.1). Dr. N.\_\_\_\_ nannte im psychiatrischen Gutachten vom 14. Mai 2018 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode, und eine nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Gutachterin stellte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin fest und attestierte eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % (vorstehend E. 4.9.3 und 4.9.4).

Nach der Untersuchung durch med. pract . J.\_\_\_\_ erfolgte vom 2. Februar bis 3. Mai 2016 ein stationärer Aufenthalt in der M.\_\_\_\_ der L.\_\_\_\_ (E. 4.5).

Die Beschwerdegegnerin wich im Rahmen einer Ressourcenprüfung vom 7. Juni 2018 von der durch Dr. N.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsfähigkeit ab und ging von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % aus ( vgl. Urk. 6/194 S. 7). 6.3

Der Bericht von med. pract . J.\_\_\_\_ vom 23. April 2014 und das psychiatrische Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2018 erweisen sich für die streitigen Belange als umfassend . Anhand der Berichte lässt sich namentlich die Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin beantworten . Diese

beruhen sodann auf den erforderlichen Untersuchungen und wurden in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt.

Weiter leuchten sie hinsichtlich der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Dass der Bericht vom med. pract . J.\_\_\_\_ bereits einige Jahre zurückliegt, schadet nicht , da auf die aktuelle Untersuchung durch Dr. N.\_\_\_\_ verwiesen werden kann. Der Bericht und das Gutachten

erweisen sich grundsätzlich als beweistauglich . Vorbehalten bleibt die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens. Eine Abweichung gegenüber der von med. pract . J.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsfähigkeit ist dabei

entgegen der Beschwerdeführerin nicht per se ausgeschlossen (vgl. E. 5.2 hiervor). 6. 4  
Med. pract . J.\_\_\_\_

stellte als Befund unter anderem einen verminderten An trieb

sowie Flashbacks und Albträume fest . Parameter der funktionellen Leis tungsfähigkeit ,  
wie die Anpassung an Regeln und Routine und die Fähigkeit zur Planung und  
Strukturierung von Aufgaben ,

waren

gemäss dem RAD-Arzt nicht eingeschränkt .

Ei nzig die Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehaup tungsfähig keit erwiesen sich als stark  
beziehungsweise als mittelgradig eingeschränkt (vor stehend E. 4.1). Dr. N.\_\_\_\_

stellte ebenfalls Einschränkungen der Durch halte- und der Selbstbehaup tungsfähigkeit fest  
, während die Aufmerksamkeit während der psychiatrischen Untersuchung gut  
aufrechterhalten werden konnte (E. 4.9.2). Trotz gewisser depressiver Symptome erweisen  
sich diagnoserelevanten Befunde

gemäss dem Bericht von med. pract .

J.\_\_\_\_ und dem

Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_

a ls nur geringfügig ausgeprägt. In dieses Bild passt, dass auch die Fachleute der L.\_\_\_\_ im  
Verlaufsbericht vom 2 4. Juni 2016 nach dem stationären Aufenthalt

lediglich eine leichte depressive Episode beziehungsweise eine Dysthymia diagnostizierten  
( Urk. 6/163/1.4 S. 1) .

Zum Behandlung s - und Eingliederungserfolg

ist zu sagen, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung durch med. pract . J.\_\_\_\_ eine  
Therapiepause bestand . Dabei ist nicht auszuschliessen, dass die Beschwerdeführerin die  
Behandlung bei Dr. E.\_\_\_\_

erst aufgrund der drohenden Aufhebung der Invalidenrente wiederauf g e nommen hat (vgl.  
E. 4.3). Vor diesem Hintergrund leuchtet die Einschätzung durch den RAD-Arzt ein , dass  
für den Fall der Wiederaufnahme

der therapeu ti schen Behandlung mit einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit  
gerechnet werden könne (vorstehend E. 4.1) . Zu Gunsten der Beschwerdeführerin ist zu be  
rücksichtigen, dass neben einer rezidivierenden depressiven Störung eine nicht organische  
Störung des Schlaf-Wach- Rhythmus

im Sinne einer Komorbidität besteht, an der sie seit Jahren leidet (E. 4.9.3).

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten kann die Beschwerdeführerin auf meh rere  
Ressourcen zurückgreifen. Sie befindet sich in einer stabilen Partnerschaft und ist Mitglied  
in einem Handballklub. Zudem kann sie Reisen unternehmen und es bestehen regelmässige  
Kontak t e zu ihrer Mutter und ihrer Schwester (vor stehend E. 4.9.4). Eine soziale  
Isolierung liegt jedenfalls nicht vor. Die ge schilderten Ressourcen und das intakte soziale  
Umfeld erlauben eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit gegenüber der von med. pract

. J. \_\_\_ und Dr. N. \_\_\_ attestierten Arbeitsfähigkeit . Bei der Prüfung der Kategorie «funktioneller Schweregrad » ist daher gesamthaft von einer nur leichten Einschränkung auszugehen.

Bei der Prüfung der Konsistenz ist ebenfalls auf die Freizeitaktivitäten der Beschwerdeführerin hinzuweisen, die gegen eine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sprechen. Die Therapiepause zum Zeitpunkt der Untersuchung durch med. pract . J. \_\_\_ spricht überdies gegen einen erheblichen Leidensdruck. Nach der Prüfung der Standardindikatoren ist von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und von einer weiteren Steigerung zu einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Zur Beurteilung durch Dr. G. \_\_\_ vom 30. September 2014 ist zu sagen, dass er die Beschwerdeführerin anders als med. pract . J. \_\_\_ nicht persönlich untersucht hat. Seine Einschätzung ist daher - wie auch die Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin - zurückhaltend zu bewerten.

Gestützt auf den Bericht von med. pract . J. \_\_\_ und das Gutachten von Dr. N. \_\_\_ ist von einer massgeblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Vergleich mit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache

auszugehen. Damals bestand für jegliche Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Demgegenüber verrichtete die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16.

August 2018 mit einem Teilleistpensum Büroarbeiten . Ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG liegt damit vor, so dass die Verhältnisse umfassend geprüft werden können. Soweit die Beschwerdeführerin einen Revisionsgrund verneinte ( Urk. 1 S. 14 Ziff. 32), kann ihr nicht gefolgt werden. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin durfte im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens namentlich aufgrund der nachgewiesenen zahlreichen Ressourcen und der Prüfung der Konsistenz von der im psychiatrischen Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit abgewichen werden. 6. 5

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verglichen mit den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Verfügungen vom 13. Dezember 2010 und vom 1. Juni 2011 massgeblich verbessert haben. Weiter kann ihr neu eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zugemutet werden, womit sie ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen kann.

Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch für die Zukunft zu Recht verneint. Der angefochtene Entscheid erweist sich demzufolge als rechtsens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 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 festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Rainer Deecke -  
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 Bundes  
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom  
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1  
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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