

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00434 vom 8. Oktober 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-10-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00434](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00434)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00434 du 8 octobre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00434 del 8 ottobre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

0. November 2004 meldete sie sich unter Hinweis auf HIV-Langzeitschäden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 9/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 8. Februar 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Invalidenrente ab Februar 2005 zu ( Urk. 9/12).

#### **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 Erwerbs unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( 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 Zuspreehung 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 Aufgabenbereich 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 revisions rechtlichen 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**

Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn – was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen) – ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_819/2017 vom 13. Februar 2017 E. 2.2). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhaltes (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

Die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2017 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit ermessensgeprägte Teile der An spruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Un richtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_766/2016 vom 3. April 2017 E. 1.1.2 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung kann das Gericht eine zunächst auf Art. 17 ATSG gestützte Rentenaufhebung oder -herabsetzung gegebenenfalls mit der (substituierten) Begründung schützen, dass die ursprüngliche (bzw. die letzte auf einer umfassenden materiellen Prüfung beruhende, vgl. BGE 140 V 514, 133 V 108) Rentenverfügung oder Mitteilung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei (BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invaliden versicherung, 3. Auflage 2014, Rn 77 zu Art. 30–31).

#### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.6**

). Aus körperlicher Sicht sei die bisherige Tätigkeit zumutbar. Falls sich die Neurasthenie verbessern lassen würde, könne eine Wiederaufnahme der Arbeit vielleicht wieder erreicht werden. Es sei eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 % vorhanden (S. 2 Ziff. 1.7).  
4.4

In ihrem Bericht vom 9. August 2011 (Urk. 9/71/8-10) nannte Dr. C.\_\_\_\_ die folgenden psychiatrischen Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - entgleiste narzisstische Störung mit depressiven, soziophobischen und dissoziativen Anteilen sowie einer schweren neurasthenischen Erschöpfungssymptomatik mit Schlafstörungen und einer Störung des Tag-Nacht-Rhythmus sowie Somatisierungen mit variierenden Schmerzzuständen (ICD-10 F60.9) - Methadonsubstitutionsbehandlung bei Status nach Drogenabhängigkeit seit dem 16. Lebensjahr. Bezüglich der Prognose sei es denkbar, dass sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin unter finanziell abgesicherteren Lebensbedingungen nachhaltig stabilisieren lasse (S. 3 Ziff. 1.4). Die anamnestische psychiatrische Beurteilung habe ergeben, dass bereits seit der Kündigung an der letzten Arbeitsstelle als EDV-Supporterin im Jahr 1998 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit sei intermittierend gänzlich eingeschränkt, unberechenbar, wechselhaft und nicht willkürlich lenkbar. Dies verunmögliche jegliche Arbeitszuständigkeit und Verantwortung für zu erbringende Leistungen. Die Tätigkeit als EDV-Supporterin sei zu 100 % nicht mehr zumutbar und ein Wiedereinstieg in die Arbeitswelt nicht denkbar (S. 3 Ziff. 1.6-1.9).  
4.5

Am 22. August 2011 nahm RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Urk. 9/74/3-4). Mit den Diagnosen des Status nach Polytoxikomanie bei aktueller Methadonsubstitution sowie der somatischen Diagnose der HIV-Infektion würden sich keine diagnostischen Änderungen ergeben. Hinzukommend seit der letzten Rentenrevision sei jedoch nun eine Persönlichkeitsstörung attestiert worden, wobei die Verschlechterung des Gesundheitsschadens mit Zunahme der depressiven, soziophoben Anteile mit Erschöpfungssymptomatik mit Referenzdatum auf den Behandlungsbeginn bei

Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.2 und 4.4) zu datieren sei. Die Beschwerdeführerin sei seit 1. Oktober 2010 als zu 100 % arbeitsunfähig in jeglicher Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt zu erachten (S. 3).  
5.

#### **E. 5**

stellte die Versicherte ein Revisionsgesuch (Urk. 9/14). In der Folge holte die IV-Stelle bei Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten ein, welches am 26. Februar 2006 erstattet wurde (Urk. 9/25). Mit Verfügung vom 9. März 2006 wies die IV-Stelle den Antrag auf Erhöhung der Invalidenrente ab (Urk.

9/27). Auf die dagegen erhobene Beschwerde der Versicherten trat das hiesige Gericht mit Beschluss vom 2. November 2006 im Verfahren IV.20 06.00697

nicht ein ( Urk. 9/43 ).

### **E. 5.1**

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. Mai 2019 ( Urk. 2) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte vor:

### **E. 5.2**

Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.3 ) nannte in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2016 ( Urk. 9/94) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Neurasthenie mit sekundärer Desynchronisation im Alltag, Erstdiagnose 2010 - reaktive Depression und somatisches Syndrom - HIV-Infektion CDC-Stadium B3, Erstdiagnose 1987 - HIV-assoziierte Thrombopenie, Erstdiagnose Mai 1997 - Lipodystrophie unter antiretroviraler Therapie - Status nach Liposuktion an Abdomen und Brüsten im Oktober 2002 - Status nach Hepatitis C, Genotyp 3A - Behandlung mit PEG-Interferon und Ribavirin von 2006-2007 - Hypothyreose während der PEG-Interferon-Therapie, aktuell euthyreot - Hepatitis C-assoziiertes Lichen ruber im August 2007 - COPD bei Nikotinabusus - positive Hepatitis B Serologie - Störung durch Opiode, aktuell Methadonsubstitution - Status nach Polytoxikomanie Die Beschwerdeführerin leide immer noch an einem starken Erschöpfungszustand, welcher aber nicht durch die an sich gut kontrollierte HIV-Erkrankung und die seit 2007 behandelte Hepatitis C Infektion zu erklären sei. Gut erklärbar sei der Erschöpfungszustand durch die komplette Umkehr des Schlaf-/Wachrhythmus, welcher schon längere Zeit bestehe. Die soziale Destabilisierung bestehe weiterhin, hin zu gekommen seien finanzielle Engpässe und ausstehende Bussen von Seite der ehemaligen Zeit als Drogenabhängige. Reaktiv sei es zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Zudem bestehe bei der Beschwerdeführerin eine gewisse Somatisierungstendenz . Zeitweise sei sie in psychiatrischer Betreuung gewesen. Leider hätten schon länger keine psychiatrischen Konsultationen mehr stattgefunden (S. 1 Ziff. 1.3) . Die Beschwerdeführerin habe als IT-Supporterin gearbeitet, wobei sie aus somatischer Sicht seit dem 27. Mai 2010 als zu 50 % arbeitsfähig gelte. Aus psychiatrischer Sicht sei bisher von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden, wobei sie schon seit längerer Zeit keinen Kontakt mehr mit der behandelnden Psychiaterin gehabt habe. Ihre Tätigkeit am Computer beinhalte keine schwere Arbeit, womit von einer angepassten Tätigkeit keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit vorstellbar sei (S. 2 Ziff. 2.1).

### **E. 5.3**

Dr. C.\_\_\_\_ nannte in ihrem Verlaufsbericht vom 2. Oktober 2017 ( Urk. 9/104/5-7) die folgenden psychiatrischen Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.2): - entgleiste narzisstische Persönlichkeitsstörung mit soziophobischen und dissoziativen Anteilen und einer hochgradigen narzisstischen Vulnerabilität mit intermittierenden schweren depressiv-neurasthenischen Einbrüchen mit chronischer Entgleisung des Tag-Nacht-Rhythmus. Einhergehend mit massiver emotionaler Instabilität und Affekt-Inkontinenz, Ich-Überschwemmungen mit psychosomatisch-vegetativen Funktionszusammenbrüchen mit episodischen schweren neurasthenischen mehrtägigen Erschöpfungszuständen sowie Somatisierungen mit episodischen psychosomatischen Entgleisungen (Rückenschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen) seit ca.

1998 (ICD-10 F60.9) - psychosomatischer Residualzustand nach schwer traumatisierender Drogenkarriere - Methadonsubstitutionsbehandlung bei Status nach Drogenabhängigkeit seit dem 16. Lebensjahr Phasenweise sei es zu massiven Magen-Darm-Symptomen (Durchfall, Krämpfe) oder grippalen Zuständen (schwere Fatigue, Kopfschmerz, tagelange Bettlägrigkeit) und im Sommer 2017 zu schweren Rückenschmerzen sowie zu einem depressiven Einbruch gekommen. Dies habe dazu geführt, dass sie gewisse Sitzungen absagen müssen, dennoch habe sich Dr. C. \_\_\_ ein realistisches Bild des Befundes machen können. Emotionale Expositionen, Konfrontationen und Begegnungen, auch stützende Gespräche hätten eine traumatische Wirkung und eine Verschlechterung der gesamten Symptomatik bewirkt. Die behandelnde Psychiaterin habe aus diesem Grund die Gespräche nach der von der IV angesetzten Frist von 6 Monaten sogleich wieder beendet (S. 1 f. Ziff. 1.3). Die Ressourcen für eine berufliche Tätigkeit auch in einem geschützten Rahmen seien ganz offensichtlich gleich null. Eine Veränderung ihrer kleinräumigen und instabilen Lebensweise aufgrund von sozialem oder beruflichem Druck würde mit Sicherheit zu einer schweren Dekompensation der Beschwerdeführerin führen und erhebliche zusätzliche Gesundheitskosten generieren. Es bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 100%. Therapeutische Gespräche seien kontraindiziert. Die Prognose sei bestenfalls noch über ein paar Jahre stabil, mittel- bis langfristig sei eine stetige oder rapide Aggravation unvermeidbar (S. 2 Ziff. 2.-3.3).

#### **E. 5.4.1**

Dr. med. A. \_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. B. \_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erstatteten am 7. November 2018 ein bidisziplinäres Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 9/121/3-21).

Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 16 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 9/121/22-66 S. 14 ff., Urk. 9/121/67-85 Ziff. 3.1), das psychiatrische Teilgutachten (Urk. 9/121/22-66) sowie

das internistische Gutachten

(Urk. 9/121/67-85), und nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 f. Ziff. 4.2): - HIV-Infektion Erstdiagnose 1987, CDC Stadium B3 - Lipodystrophie unter antiretroviraler Therapie - Status nach Liposuction - vorbefundlich HIV-assoziierte Thrombopenie - Status nach Hepatitis C, Genotyp 3a - Status nach Therapie mit PEG Interferon und Ribavirin 2006-2007 - Anti Hbc-IgG-alone Konstellation - Asthenie R 53 - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und dissozialen Anteilen (ICD-10 F61.0) - rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Störung durch Opioide, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm, kontrollierte Abhängigkeit (ICD-10 F11.22)

#### **E. 5.4.2**

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk.

#### **E. 5.4.3**

Aus allgemeinmedizinischer Sicht führte Dr. B. \_\_\_ aus (Urk. 9/121/67-85) aus, dass die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in der früheren und einer angepassten Tätigkeit erst im Zusammenwirken der infektiologisch-internistischen Diagnose mit der Diagnose Asthenie schwerwiegend und dauerhaft eingeschränkt sei. Gelegentlich könnten

Komplikationen der Grunderkrankung HIV zu Arbeitsunfähigkeitszeiten führen. Aufgrund der sedierenden Pharmakotherapie sollten hohe Anforderungen an Konzentration, Aufmerksamkeit und Verantwortung und das Führen von Maschinen vermieden werden. Die letztlich auch aufgrund unvollständiger Abklärung als Asthenie klassifizierte Störung der Funktionalität und Leistungsfähigkeit erscheine anamnestisch angesichts des Tätigkeitsprofils mittelgradig ausgeprägt. Unter Berücksichtigung von Persönlichkeitsaspekten, langjähriger Dekonditionierung und eingeschränkter Copingfähigkeiten sei die Leistungsfähigkeit beschränkt, vor allem auch durch eine Erschöpfbarkeit, welche ein Pensum von maximal 50 % der täglichen Arbeitszeit erlaube. Dieses Pensum entspreche quantitativ der wiederholten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch

Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.3 ), wobei in jeder Tätigkeit die Einhaltung regelmässiger Pausen sinnvoll wäre. Die subjektive Belastung durch Müdigkeit werde zwar als erheblich eingeschätzt, eine Objektivierung sei hier allerdings nicht möglich ( Ziff. 8.1-8.2). Seit dem 9. Mai 2012 hätten sich soweit erkennbar keine wesentlichen Änderungen der Diagnosekonstellation im internistischen Spektrum ergeben. Es finde sich basierend auf dieser Datengrundlage keine dauerhafte Änderung der durch diese Diagnosen bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit über den genannten Zeitraum (vgl. Ziff. 8.3).

#### **E. 5.4.4**

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung ( Urk. 9/121/ 3 -21) wurde festgehalten, dass die behandelnde Psychiaterin eine sehr komplexe und als ungewöhnlich anzusehende Diagnose angeben habe (vgl. vorstehend E. 4.4 ), die keine Diagnose im Sinne einer ICD-10 Diagnostik sei. Es würden Phobien, affektive Störungen und dissoziative Zustände mit Schmerzstörungen vermischt. Parallel finde sich jedoch immer wieder eine rezidivierende depressive Störung, auch gemäss Aktenlage. Selbst die behandelnde Psychiaterin habe depressive Anteile diagnostiziert, welche jedoch nicht innerhalb einer entsprechenden ICD-10 Diagnostik eingeordnet worden seien (S. 4 Ziff. 4.1). Die psychiatrische und internistische Gesamtbeurteilung ergebe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Zentraler Punkt innerhalb der internistischen Problematik sei die sogenannte Asthenie. Diese sei innerhalb der psychiatrischen Erkrankung mitberücksichtigt worden. Es sei daher keine zusätzliche psychiatrisch- oder internistischbedingte additive Arbeitsunfähigkeit zu sehen. Ab 2007 könne auf grund einer ausreichenden Dokumentation eine potenzielle 50%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollzogen werden. Es würde n sich anamnestisch nicht ausreichende Hinweise in der gesamten Befundbesprechung finden, um diesem Befundbild sicher zu widersprechen. Dies sei in Übereinstimmung mit allen anderen Behandlern, ausser der aktuell behandelnden Psychiaterin. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im aktuellen Zustandsbild sei nicht nachvollziehbar (S. 9 f.). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 11). 5 .5

Der Rechtsdienst der IV-Stelle nahm am 19. Dezember 2018 bzw. 10. Januar 2019 Stellung zum Sachverhalt ( Urk. 9/122/2-5) und prüfte, ob die letzte materielle Revisoren zweifellos unrichtig war. Die Rentenerhöhung habe lediglich auf dem Bericht der behandelnden Psychiaterin basiert. Sie habe bei der Beschwerdeführerin die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung gestellt, was der damaligen Aktenlage widersprochen habe, und sie habe diese weder nachvollziehbar nach den Kriterien des ICD-10-Katalogs hergeleitet noch begründet. So habe Dr. Z.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3 ) das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ausdrücklich ausgeschlossen. Weiter habe Dr. C.\_\_\_\_ eine 100%ige

Arbeitsunfähigkeit seit der Kündigung im Jahr 1998 attestiert, obwohl sie die Beschwerdeführerin erst seit Oktober 2010 behandelt habe und sie nach der Kündigung noch fünf Jahre mit einem regelmässigen, stetig ansteigenden Einkommen gearbeitet habe. Der Bericht der behandelnden Psychiaterin habe so mit mehrfach der damaligen Aktenlage widersprochen und sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Ausserdem hätten die Beschwerden der Beschwerdeführerin offensichtlich in erheblicher Weise auf psychosozialen Belastungsfaktoren beruht. So führte die Psychiaterin insbesondere aus, dass sich der psychische Zustand unter finanziell abgesicherten Lebensbedingungen nachhaltig stabilisieren lieesse (vgl. vorstehend E. 4.4 ). Psychosoziale Belastungsfaktoren seien jedoch nicht diskutiert oder ausgeklammert worden. Damit hätte die IV-Stelle die massgebende bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht angewendet, die auch 2011 schon bestanden habe. Es liege ein Wiedererwägungsgrund vor, weil der Untersuchungsgrundsatz klar verletzt und eine Invaliditätsbemessung ohne nachvollziehbare ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen worden sei (S. 2 f.).

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 6.1**

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 9. Mai 2012

( Urk. 9/89) , mit welcher der Beschwerdeführerin

mit Wirkung ab Juni 2012 neu eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden war, zu Recht in Wiedererwägung gezogen hat.

### **E. 6.2**

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebende 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, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_111/2019 vom 14. Juni 2019 E. 4.2, BGE 138 V 324 E. 3.3; vgl. auch vorstehend E. 1.4 ).

### **E. 6.3**

Die Beurteilung der Rentenerhöhung

hat vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der vorliegend streitigen Verfügung vom 9. Mai 2012 ( Urk. 9/89) z u erfolgen

(vgl. vorstehend E. 1.4 und 6.2).

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen). Da Persönlichkeitsstörungen aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchungen als klar diagnostizierbar erachtet wurden, zählen sie rechtsprechungsgemäss hingegen nicht zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage

(vgl. BGE 139 V 547 E. 7.1.4; vgl. Kreisschreiben über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG, gültig ab 1. Januar 2012, KSBB, Rz. 1003).

#### **E. 6.4**

Die mit Verfügung vom

9. Mai 2012 (Urk. 9/89) erfolgte Zusprache einer ganzen Rente beruhte in medizinischer Hinsicht massgeblich auf dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom August 2011 (vgl. vorstehend E. 4.4) und der Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ vom August 2011 (vgl. vorstehend E. 4.5). In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, dass die Rentenerhöhung lediglich auf dem aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbaren Bericht der behandelnden Psychiaterin basiert habe und ihre Beurteilung der damaligen Aktenlage widersprochen habe. Ferner sei die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu den psychosozialen Belastungsfaktoren nicht angewandt worden (vgl. vorstehend E. 2.1).

#### **E. 6.5**

Dem ist entgegenzuhalten, dass

RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_

zum medizinischen Sachverhalt und insbesondere zur Frage, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten sei, auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin ausführlich Stellung nahm (vgl. vorstehend E. 4.5). In Kenntnis der Vorakten

und insbesondere des Berichts von Dr. C.\_\_\_\_

ging auch sie vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung aus, wobei sie die Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Zunahme der depressiven, soziophoben Anteile mit Erschöpfungssymptomatik auf den Behandlungsbeginn bei Dr. C.\_\_\_\_ datierte. Sie erachtete die Beschwerdeführerin seit Oktober 2010

in jeglicher Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt als zu 100 % arbeitsunfähig und gelangte

zur Konklusion, dass weitere medizinische Abklärungen aktuell nicht notwendig seien.

Somit gingen sowohl die behandelnde Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ als auch die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands in psychiatrischer Hinsicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen und in angepassten Tätigkeiten aus. Als Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie verfügen sie über die für die Beurteilung der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung erforderlichen Fachkenntnisse, sodass sich bei Verfügungserlass nicht zwingend weitere Abklärungen hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als unerlässlich erwiesen.

Die vorliegenden medizinischen Akten, welche Grundlage für die Erhöhung der Rente bildeten, mögen aus heutiger Sicht zwar als eher dürftig erscheinen, doch kann angesichts der damaligen Verwaltungs- und Rechtspraxis, nach welcher sich die rückblickende Beurteilung Jahre zurückliegender Rentenverfügungen zu richten hat, nicht gesagt werden, die gesundheitlichen Verhältnisse seien vor Erlass der Rentenverfügung zweifellos ungenügend abgeklärt worden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_962/2010 vom 28. Juli 2011 E. 3.2 und 8C\_265/2016 vom 6. Juli 2016 E. 4.2).

#### **E. 6.6**

Das von der Beschwerdegegnerin erwähnte Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom Februar 2006 (vgl. vorstehend E. 3), in welchem er die berichtete emotionale Labilität sowie die extrovertierte, emotional teilweise unstete Persönlichkeit mit leicht theatralischem Verhalten als Persönlichkeitstyp und nicht als Persönlichkeitsstörung auffasste, erging über 5 Jahre vor den Beurteilungen durch Dr. C.\_\_\_\_ und RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_. Aufgrund des beträchtlichen Zeitintervalls

seit der Erstattung des Gutachtens lassen sich daraus demnach keine Rückschlüsse über den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Rentenrevision im Jahr 2011/2012 ziehen. Somit ist entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der die Rentenerhöhung begründenden medizinischen Berichte kein klarer Widerspruch zur damaligen Aktenlage festzustellen. Überdies diagnostizierte schliesslich auch Dr. A.\_\_\_\_ im November 2018 (vorstehend E. 5.4) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und dissozialen Anteilen (ICD-10 F61.0) sowie eine rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), und führte aus, dass es sich um eine langjährig bestehende, schwergradig ausgeprägte psychiatrische Erkrankung handle. Persönlichkeitsstörungen treten ferner

bekanntermassen meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und bestehen während des Erwachsenenalters weiter (Dilling / Mombour / Schmidt (Hrsg.), ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 274). Was die von Dr. A.\_\_\_\_ geübte Kritik an der komplexen und als ungewöhnlich beschriebenen Diagnostik und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C.\_\_\_\_

anbelangt, so erweist sich diese zwar als nachvollziehbar, vermag deren Beurteilung jedoch nicht als zweifellos unrichtig zu qualifizieren. So nannte sie eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60.9 und damit ebenfalls eine im Spektrum der Persönlichkeitsstörungen liegende Diagnose, wobei sie diese anhand der Anamnese und ärztlich erhobenen Befunde begründete. Die in der Diagnose genannten depressiven,

dissoziativen Anteile, die neurasthenische Erschöpfungssymptomatik, Schlafstörungen mit Störung des Tag-Nacht-Rhythmus sowie die Somatisierungen wurden im Übrigen auch im Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ er wähnt (vgl. Urk. 9/121/2 2 - 66 S. 27-29).

Die durch die behandelnde Psychiaterin attestierte 10 0%ige Arbeitsunfähigkeit mag sodann aus heutiger Sicht zwar fraglich

sein, in Anbetracht des ermessensgeprägten Charakters der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (v gl. vorstehend E. 1.4 ) und der Ausprägung der Befunde erweist sie sich jedoch nicht als gänzlich unvertretbar. Was schliesslich die von der Beschwerdegegnerin geltend gemachten psychosozialen Faktoren anbel ang, so gehen solche

zwar teilweise

aus dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ hervor , die attestierte Arbeitsunfähigkeit lässt sich gemäss den Angaben im Bericht jedoch auf die durch die psychischen Beschwerden b edingten E inschränkungen zurück führen. Jedenfalls kann nicht gesagt werden, dass die erwähnten Befunde gemäss der damals geltenden Rechtsprechung in psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung fan den

und gleichsam in ihnen aufgingen , sodass kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorlag

( vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 2 3. März 2009 E. 2 ). Des Weiteren blieben die psychosozialen Faktoren auch

in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ gänzlich ausgeklammert.

## **E. 6.7**

Nach dem Gesagten erweist sich die Verfügung vom

9. Mai 2012 ( Urk. 9/89)

nicht als zweifellos unrichtig. Demzufolge sind die Voraussetzungen für eine Wieder erwägung nicht erfüllt. 7. 7.1

Ergänzend ist in revisionsrechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob sich der anspruchs relevante Sachverhalt im Vergleichszeitraum ab Erlass der Verfügung vom 9. Mai 2012 ( Urk. 9/89) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1 6. Mai 2019 ( Urk. 2) in einer für den Rentenanspruch massgebenden Weise erheblich verändert hat. 7.2

Das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ vom November 2018 (vorstehend E. 5.4 ) erfüllt grundsätzlich sämtliche Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vorstehend E. 1.6 ). Es setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigung auseinander, berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie sämtliche ärztlichen Untersuchungsberichte und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation im Wesentlichen ein , weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann . In somatischer Hinsicht hatten sich gemäss Dr. B.\_\_\_\_ keine wesentlichen Änderungen der Diagnosekonstellation im internistischen Spektrum ergeben. Er hielt fest, dass basierend auf der Datengrundlage sich zudem seit Mai 2012 keine dauerhafte Änderung der durch diese Diagnosen bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit finden lasse (vgl. vorstehend E. 5.4.3 ). Auch in psychiatrischer Hinsicht lässt sich dem Gutachten keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands entnehmen. So führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, dass ab 2007

eine ausreichende Dokumentation zu sehen sei, um potenziell eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit nachzuvollziehen, wobei er die durch Dr. C.\_\_\_\_ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als nicht nachvollziehbar erachtete. Alle anderen behandelnden Ärzte vor der behandelnden Psychiaterin seien von einer mittelgradigen Ausprägung ausgegangen. Die von ihr erwähnten schwergradigen Befunde, seien jedoch nie ICD-10-relevant adäquat dokumentiert worden. Auch aktuell finde sich in der Gesamtwertung eine mittelgradige Symptomatik (vgl. vorstehend E. 5.4.2) . Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes oder veränderte Auswirkungen des gleichgebliebenen Gesundheitszustandes auf die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit 2012 sind damit nicht dokumentiert, weshalb eine Rentenrevision ausser Betracht fällt.

7.3  
Gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit ( Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität ( Art. 8 ATSG) zu verhindern. Die versicherte Person muss gemäss Art. 7 Abs. 2 IVG an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen. Art. 21 Abs. 4 ATSG bestimmt, dass einer versicherten Person die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden können, wenn sie sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Die Sanktion bei verletzter Schadenminderungs- oder Mitwirkungspflicht hat sich an das Verhältnismässigkeitsprinzip zu halten und insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_370/2013 vom 22. November 2013 E. 3 mit Hinweisen). 7.4

Dr. A.\_\_\_\_ legte nachvollziehbar dar, dass die Therapieoptionen bisher bei Weitem noch nicht ausgeschöpft worden sind . Eine über einen länger andauernden Zeitraum stattfindende engmaschige psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie sowie eine adäquate Psychopharmakotherapie wurden bis anhin nicht durchgeführt, erscheinen in Anbetracht der Ausprägung der Befunde und der Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ jedoch als indiziert. Allenfalls wäre

auch eine stationäre oder teilstationäre psychiatrische Behandlung in Betracht zu ziehen (vgl. Urk. 9/121/22 - 66 S. 40) . Dass hingegen

Dr. C.\_\_\_\_ in ihrem Verlaufsbericht vom Oktober 2017 (vorstehend E. 5.3) die Weiterführung der Psychotherapie als kontraindiziert bezeichnete, ist mangels einer diesbezüglich plausiblen Begründung und angesichts der von ihr behaupteten schwergradigen Ausprägung der Beschwerden nicht nachvollziehbar.

Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass bei Durchführung einer leitliniengerechten Therapie durchaus eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit erreicht werden kann. Der Leistungsanspruch wird nach Durchführung der geeigneten Massnahmen durch die IV-Stelle zu gegebener Zeit revisionsweise zu überprüfen sein. 8.

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die mit Verfügung vom 9. Mai 2012 ( Urk. 9/89) erfolgte Erhöhung von einer halben auf eine ganze Rente nicht als zweifellos unrichtig zu qualifizieren ist. Anhaltspunkte für mögliche Revisions gründe sind nicht vorhanden. Die von der Beschwerdegegnerin am 16. Mai 2019 ( Urk. 2) wiedererwägungsweise verfügte Herabsetzung auf eine halbe Rente erfolgte daher zu Unrecht, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde gutzuheissen ist und festzustellen ist, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat.

## **E. 8**

ATSG) sind.

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. 9**

/121/22 - 66 ) führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, dass bei einer sogenannten kombinierten Persönlichkeitsstörung die Kriterien der spezifischen Persönlichkeitsstörung abzuklären seien. Es finde sich eine erhebliche Unausgeglichenheit in Einstellung, Verhalten und Funktionsbereichen. Die Beschwerdeführerin sei affektiv eingeschränkt und der Antrieb sei deutlich vermindert. Spezifisch in der Beziehung zu anderen sei sie erheblich eingeschränkt. Das auffällige Verhaltensmuster finde sich bereits seit ihrer Kindheit und Jugend. Es sei so tiefgreifend, dass es in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend sei. Einmal im Leben habe sie eine längerfristige, sozial adäquate Interaktion mit Arbeitsfähigkeit und sozialer Interaktionsfähigkeit durchhalten können. Es komme zu erheblichen Einschränkungen bezüglich der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit. Im Vordergrund stünden dissoziale Strukturen. Insgesamt finde sich eine erhebliche Unbeteiligtheit bezüglich der Opfer, die sie hervorgerufen habe. Seit Kindheit und Jugend würden soziale Normen und Regeln ständig missachtet werden. Es würden immer wieder ständig vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten und Schuld bei anderen gesucht. Insgesamt würden sich somit sowohl Hinweise für eine dissoziale Persönlichkeitsstörung, als auch für eine Störung vom emotional instabilen Persönlichkeitstyp finden und daher bestünden ausreichend Hinweise, um eine sogenannte kombinierte Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren (S. 27 f. Ziff. 6.2) . Parallel finde sich jedoch immer wieder eine rezidivierende depressive Störung, auch gemäss Aktenlage. Auffällig sei diesbezüglich nicht die typische schwere Traurigkeit, sondern eine affektive Überforderung. Gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und eine Verminderung des Antriebs seien die typischen Hauptkategorien, die bei der Beschwerdeführerin gegeben seien. Es komme zu verminderten kognitiven Fähigkeiten bezüglich Konzentration, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit und es liege eine erhebliche Schlafstörung vor. Die depressive Symptomatik wäre für die erhebliche Verschlechterung ab einem gewissen Zeitpunkt zwischen 2004 und 2006 eine gute Erklärungsmöglichkeit. Persönlichkeitsstörungen seien hingegen eher langfristige und dauerhafte Zustände . Es finde sich daher aktuell eine rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom

(S. 28 f.

Ziff. 6.2). Problematisch sei die langfristig und aktuell fehlende Psychopharmakotherapie . Basierend darauf sei es sehr schwierig, eine Prognose zu stellen (S. 32). Eine regelmässige Psychotherapie sei indiziert. Diese sei trotz der Diagnose einer schwergradigen Persönlichkeitsstörung nicht weitergeführt worden (S. 33). Inwieweit eine Arbeitsfähigkeit wiederherstellbar sei, sei schwierig vorauszusehen. Es handle sich um eine langjährig bestehende, schwergradig ausgeprägte psychiatrische Erkrankung. Im Gegensatz hierzu habe die Beschwerdeführerin vor Auftreten der depressiven Symptomatik trotz Opiat-Abhängigkeit und Persönlichkeitsstörung in einer 100%-Stelle arbeiten können . Zunächst sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen worden. Potenziell bestehe die Möglichkeit der Wiederherstellung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit bei adäquater Psychopharmakotherapie und intensiver Psychotherapie (S. 33). Basierend auf den kognitiven und interaktionellen Einschränkungen mit teilweise verschobener Realitätsvorstellung einer Persönlichkeitsstörung sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszugehen (S. 36). Es sei ab 2007 eine ausreichende Dokumentation zu sehen, um potenziell eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit nachzuvollziehen. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit beim aktuellen Zustandsbild sei nicht nachvollziehbar (S. 37). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 37 Ziff. 8.2). Bezüglich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, dass alle anderen Institutionen und beteiligten Parteien vor der behandelnden Psychiaterin von einer mittelgradigen Ausprägung ausgegangen seien. Erst innerhalb der Therapie bei Dr. C.\_\_\_\_ sei es zu einer Dokumentation von schwergradigen Befunden gekommen, die jedoch nie ICD-10-relevant adäquat dokumentiert worden seien. Aktuell finde sich auch in der Gesamtwertung eine mittelgradige Symptomatik (S. 43 Ziff. 10).

### **E. 9.1**

Da es im vorliegenden Verfahren 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 7 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 9.2**

Nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen den Ersatz der Parteikosten. Nachdem die unentgeltliche Rechtsvertreterin trotz Aufforderung (vgl. Urk.

### **E. 10**

) keine Honorarnote eingereicht hat, ist ihr Aufwand nach Ermessen festzulegen. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'0 00.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen . Das Gericht verfügt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 16. Mai 2019 aufgehoben

und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführer in weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Petra Oehmke, Affoltern am Albis, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - VORSORGE Y.\_\_\_\_ - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Rami

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