

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00492 vom 27. Oktober 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-10-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00492

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00492 du 27 octobre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00492 del 27 ottobre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (seit 1. Januar 2008: Art. 7 Abs. 1 ATSG; entspricht dem bis 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen Art. 7 ATSG). Gemäss dem im Rahmen der 5. IV-Revision neu eingefügten, im Wesentlichen dem bisherigen Recht entsprechenden (vgl. BGE 135 V 215 Erw. 7; ferner Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Rz. 6 zu Art. 7) und seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.2. Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer

Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zur¼ckzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Sie ist verpflichtet, darauf zur¼ckzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu f¼hren (BGE 110 V 178 Erw.2a, 292 Erw. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverf¼gung gegebenenfalls mit der substituierten Begr¼ndung sch¼tzen, dass die urspr¼ngliche Rentenverf¼gung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 Erw. 5b/bb; Urteil 9C_562/2008 vom 3. November 2008, Erw. 2.2 mit Hinweis).<

E. 2

2.1Â Â Â Die IV-Stelle begr¼ndete die Rentenaufhebung im Wesentlichen damit, dass sich die urspr¼ngliche - einzig gest¼tzt auf den Bericht eines Internisten beziehungsweise Allgemeinpraktikers und mangels Einholung insbesondere einer psychiatrischen Beurteilung in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes erfolgte - Rentenzusprache als offensichtlich unrichtig erweise. Gest¼tzt auf das - beweiskr¼ftige - Gutachten des Begutachtungsinstituts W.____ vom 3. Juli 2008 (Urk. 12/43) sei davon auszugehen, dass die Beschwerdef¼hrerin tats¼chlich nie einen sich in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise auf ihre Leistungsf¼higkeit auswirkenden Gesundheitsschaden aufgewiesen habe (Urk. 2, Urk. 11).

2.2Â Â Â Die Beschwerdef¼hrerin stellte sich demgegen¼ber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die urspr¼ngliche Rentenzusprache sei nach hinreichender Abkl¼rung ihres Gesundheitszustands erfolgt und k¼nne nicht als zweifellos unrichtig bezeichnet werden (Urk. 1 S. 4 ff.). Selbst wenn man zum gegenteiligen Schluss gelangte, sei die Verf¼gung vom 2. April 2009 (Urk. 2) aufzuheben. Die IV-Stelle habe darin n¼mlich zu Unrecht auf das - mit diversen M¼ngeln behaftete - Gutachten des Begutachtungsinstituts W.____ (Urk. 12/43) abgestellt und es unterlassen, fundiert zu pr¼fen, ob die gesundheitlichen Beeintr¼chtigungen nicht jedenfalls im Zeitpunkt des vorliegend angefochtenen Entscheides (Urk. 2) einen Leistungsanspruch begr¼ndeten, was tats¼chlich der Fall sei (Urk. 1 S. 6 ff.).

E. 3.1

3.1.1Â Â Die Rentenverf¼gung vom 6. Januar 2006 (Urk. 12/20) basiert auf folgenden medizinischen Berichten:

Â Â Â Â Â Dr. med. Y.____, Facharzt FMH f¼r Innere Medizin, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM), stellte am 8. Oktober beziehungsweise 4. November 2004 folgende Diagnosen (Urk. 12/7 S. 9, Urk. 12/7 S. 7):

- Rezidivierende Migr¼neanf¼lle
- Depressiver Ersch¼pfungszustand
- Verdacht auf hysteriforme Ohnmachtsanf¼lle

Â Â Â Â Â Die Beschwerdef¼hrerin leide seit langem unter - fr¼her medikament¼s gut behandelbaren - Migr¼neanf¼llen. Seit M¼rz 2004 versp¼re sie nun Erm¼dungserscheinungen, die auch mit einer Zunahme der Migr¼neanf¼lle und einer Niedergeschlagenheit einhergingen. Nach einer Diskussion mit einem Vorgesetzten

sei es überdies zu einem erstmaligen Kollapsanfall gekommen, aufgrund dessen die Patientin notfallmässig hospitalisiert worden sei. In der Folge habe er - Dr. Y. ___ - die Beschwerdeführerin einem portugiesisch sprechenden Psychotherapeuten überwiesen, ihr eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und die bereits zuvor verordnete Medikation mit Seropram 20mg noch erhöht (Urk. 12/7 S. 7 f.). Mittlerweile habe sich die Situation stabilisiert; die Patientin habe indes schon mehrere Ohnmachtsanfälle erlitten. Nach einer Phase vollständiger Arbeitsunfähigkeit vom 31. März bis 6. April 2004 bestehe seit dem 7. April 2004 - und voraussichtlich noch für längere Zeit - wieder eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50 % (Urk. 12/7 S. 8).

3.1.2.2. Lic. phil. Z. ___, Psychoanalytiker, gab am 11. November 2004 an, die Beschwerdeführerin leide massiv unter Schwindel, Kopfschmerzen und Migräneanfällen. Angesichts des durch diese Symptomatik bedingten sozialen Rückzugs sei derzeit kaum an eine Erhöhung des Arbeitspensums (25%ige Leistung bei 50%iger Anwesenheit) zu denken, ohne dass noch mit einer Verschlimmerung der Krise zu rechnen sei. Die geschilderten Symptome seien im Rahmen einer - nach jahrelanger Überbelastung (Schichtarbeit im Pensum von 100 % bei gleichzeitiger Pflege des verunfallten Ehemanns, mit dem die Patientin zwei Kinder habe) und nach einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen vor zwei Jahren (vermehrte Kontrolle, erhöhter Druck) aufgetretenen - Erschöpfungsdepression zu verstehen. Derzeit sei die - bis anhin sehr zuverlässige und leistungsorientierte - Patientin, die über ein strenges Über-Ich verfüge und ausserstande sei, sich für ihre eigenen Bedürfnisse und Rechte einzusetzen, auf eine Schonung am Arbeitsplatz angewiesen. Ihre Motivation für die Psychotherapie lasse hoffen, dass sie die Krise mit der Zeit überwinden könne. Ihre Arbeit habe der Beschwerdeführerin immer sehr gefallen; insofern sei eine diesbezügliche Veränderung nicht indiziert. Gut wäre indes, wenn die Patientin künftig keine Schichtarbeit mit unregelmässigem Arbeitsrhythmus mehr leisten müsste (Urk. 12/7 S. 5). Angesichts der Überbelastung in der Vergangenheit erscheine auch eine Reduktion des Arbeitspensums als sinnvoll (Urk. 12/7 S. 6).

3.1.3.1. Am 17. März 2005 hielt lic. phil. Z. ___ fest, die Beschwerdeführerin leide nach wie vor stark unter ihren Symptomen (Schwindel, Kopfschmerzen, Migräneanfälle), die immer wieder zu kurzen Arbeitsausfällen führten. Die krankheitsbedingte Beeinträchtigung der - von der Patientin überbewerteten - Leistungsfähigkeit habe zu einer massiven narzisstischen Kränkung geführt, wobei die Beschwerdeführerin nun gar versuche, im Rahmen ihres reduzierten Arbeitspensum noch mehr zu leisten als früher. Diese Dynamik werde dadurch verschärft, dass sie zwar zu 50 % arbeite, weil sie nicht mehr überall einsetzbar sei aber nur 25 % des vollen Lohns erhalte. Die aufgrund dieser Gegebenheiten bestehende unerträgliche Anspannung löse - insbesondere, wenn sich die Beschwerdeführerin ungerecht behandelt fühle - sporadisch Migräneanfälle aus. Die Beibehaltung des aktuellen Pensums sei für das Selbstwertgefühl der Patientin wichtig; mit einer Steigerung der Leistungsfähigkeit sei indes bis auf Weiteres nicht zu rechnen (Urk. 12/7 S. 2). Eine Umschulung erscheine angesichts der geringen Deutschkenntnisse und der eingeschränkten bildungsspezifischen Ressourcen derzeit als wenig sinnvoll, zumal die Beschwerdeführerin ihre Arbeit nach wie vor gerne ausübe. Ein Rentengesuch bei der IV zu stellen, erscheine derzeit noch als verfrüht (Urk. 12/7 S. 3).

3.1.4.1.1. In seinem Bericht vom 31. Mai 2005 stellte Dr. Y.____ nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/9 S. 1):

- Depressiver Erschöpfungszustand, Migräne
- Rezidivierende Kollapsanfälle (Differentialdiagnose: hysteriforme Anfälle)
- Somatisierung

Keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit habe die überdies bestehende arterielle Hypertonie (Urk. 12/9 S. 1). Der Gesundheitszustand verschlechtere sich zusehends. In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin - nach einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 31. März bis 6. April 2004 - seit dem 7. April 2004 noch zu 25 % arbeitsfähig (Leistung von 50 % bei Pensum von 50 % [Urk. 12/10 S. 2]); Arbeiten an Maschinen seien ihr nicht mehr zumutbar. Einer leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen sei sie noch im Umfang von 50 % in der Lage (Urk. 12/9 S. 2 und S. 4).

3.1.5.1. Dr. med. A.____, Arzt des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV, gelangte in seiner gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme vom 28. Juli 2005 zum Schluss, dass mit keiner raschen Besserung gerechnet werden könne und von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auszugehen sei (Urk. 12/14 S. 2).

E. 3.2

3.2.1.1. Die Verfügung vom 2. April 2009 (Urk. 2) beruht auf nachstehenden medizinischen Akten:

Dr. Y.____ stellte am 9. Oktober 2006 folgende, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen (Urk. 12/26 S. 1):

- Depression
- Schwere Migräneanfälle
- Rezidivierende Kollapszustände

Die Beschwerdeführerin, deren Gesundheitszustand sich weiterhin verschlechtere, sei nun seit dem 1. April 2006 gänzlich arbeitsunfähig (Urk. 12/26 S. 1).

3.2.2.1. Lic. phil. Z.____ berichtete am 6. Dezember 2006, die Beschwerdeführerin, die seit Jahren unter Migräne leide und nach entsprechenden Anfällen - entgegen der ärztlichen Empfehlung - die Arbeit jeweils umgehend wieder aufgenommen habe, gebe sowohl zu Hause als auch bei der Arbeit stets ihr Äusserstes. Auf das im Rahmen der vor vier Jahren durchgeführten Umstrukturierungsmassnahmen eingeführte strengere Arbeitsregime mit vermehrten Kontrollen habe sie mit einem noch grösseren Arbeitseinsatz einerseits und mit häufigeren Migräneanfällen andererseits reagiert. Der Druck am Arbeitsplatz und die Belastung im Zusammenhang mit dem pflegebedürftigen Ehemann habe ab April 2004 zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit geführt. Die Reduktion ihrer gewohnten - und von ihr überbewerteten - Leistungsfähigkeit habe eine derart massive narzisstische Kränkung bedeutet, dass die Beschwerdeführerin in der Folge versucht habe, innert ihres verminderten Pensums gar noch mehr zu leisten als zuvor. Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses seitens der Arbeitgeberin per Ende April 2006 habe sie als vernichtende Niederlage erlebt, von der sie sich noch in keiner Hinsicht erholte (Urk. 12/29 S. 2). Immerhin sei es therapeutisch

gelingen, die angesichts der schweren narzisstischen Störung nach der Kündigung zu erwartende psychische Dekompensation zu verhindern (Urk. 12/29 S. 3). Die Patientin habe sich sozial stark zurückgezogen und vermeide insbesondere jeden Kontakt mit ehemaligen Arbeitskolleginnen. Aus Angst, wieder als Versagerin dazustehen, lasse sie sich auch nicht für die Aufnahme einer neuen Arbeit (im reduzierten Pensum) motivieren (Urk. 12/29 S. 2). Es sei zu hoffen, dass längerfristig wieder eine Wiedereingliederung an die Arbeitswelt möglich sein werde (Urk. 12/29 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf entsprechende Nachfrage der IV-Stelle hin hielt lic. phil. Z.____ am 24. Januar 2007 fest, die Beschwerdeführerin leide unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei depressiver Konfliktverarbeitung, ICD-10 F45.4 (Urk. 12/31).

3.2.3 Ä Ä Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM), Delegierte Psychotherapie (FMPP), hielt am 22. Februar 2007 fest, bei der Beschwerdeführerin traten mehrmals wöchentlich schwere Migräneanfälle auf, die mit starker Übelkeit (bis hin zum Erbrechen) verbunden seien. Sie leide nicht nur unter massivsten Schmerzen, sondern zusätzlich - infolge unkontrollierten Urinabgangs beim Erbrechen - unter einer erheblichen Scham-Angst. Das Leiden, das als Reaktion auf die seit Jahren bestehende invalidisierende beidseitige schwere Hüftgelenksarthrose des Ehemanns beziehungsweise die daraus resultierende Überforderung zu interpretieren sei, erweise sich trotz Pharmako- und Psychotherapie als therapierefraktär. Es sei von einer dauernden Arbeitsunfähigkeit von 80 % auszugehen (Urk. 12/36 S. 4).

3.2.4 Ä Ä Nachdem sie die Beschwerdeführerin am 15. und 16. April 2008 untersucht hatten, stellten die Ärzte des Begutachtungsinstituts W.____ in ihrem Gutachten vom 3. Juli 2008 nachstehende Diagnosen (Urk. 12/43 S. 23):

- Multifaktoriell bedingte Kopfschmerzen mit/bei:
- Migräne ohne Aura
- analgetikainduziertem Kopfschmerz
- Reaktiv bedingte, leichte depressive Störung, ICD-10 F32.0
- Analgetikamissbrauch, ICD-10 F19.1
- Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit, ICD-10 Z56

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es bestehe - sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit - eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/43 S. 26, und S. 27). Auch retrospektiv sei die Beschwerdeführerin aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht dauerhaft in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt gewesen (Urk. 12/43 S. 26). Angesichts der psychosozialen Situation erschienen berufliche Massnahmen nicht als erfolgsversprechend (Urk. 12/43 S. 27).

3.2.5 Ä Ä Der RAD-Arzt Dr. med. C.____, Praktischer Arzt FMH, gelangte am 1. September 2008 gestützt auf die Akten zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin wohl einen Gesundheitsschaden aufweise und - aufgrund der Migräne-Attacken - zuweilen auch arbeitsunfähig sei. Von einer dauerhaften Einschränkung der Leistungsfähigkeit könne indes - auch retrospektiv - nicht ausgegangen werden. Insofern erweise sich die ursprüngliche Rentenzusprache als falsch (Urk. 12/44 S. 5).

E. 3.3

3.3.1.1. Nach Kenntnisnahme des Gutachtens des Begutachtungsinstituts W.____ vom 3. Juli 2008 (Urk. 12/43) hielt Dr. Y.____ am 17. April 2009 fest, aufgrund seiner Ausbildung und beruflichen Tätigkeit sei er durchaus qualifiziert, psychogene Erkrankungen zu diagnostizieren. Im Übrigen hätten auch die Ärzte des Universitätskrankenhauses V.____, Neurologische Poliklinik, die die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Kopfweh-beziehungsweise Migränepprechstunde behandelten, (insbesondere) eine Depression sowie Synkopen psychogener Herkunft diagnostiziert. Bei ihm stehe die Beschwerdeführerin schon seit mindestens 1989 wegen schwerer Migräneanfalle in Behandlung. Im Jahr 1999 habe er vorübergehend eine stützende Psycho- sowie eine Pharmakotherapie durchgeführt; aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten habe er die Patientin dann zur weiteren Therapie an lic. phil. Z.____, der portugiesisch spreche, verwiesen (Urk. 3/3). Hinzuweisen sei darauf, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2004 vorübergehend nicht nur unter einer Depression, sondern auch unter - zu einer beginnenden Agoraphobie führenden - Angstattacken gelitten habe. Was die Kollapszustände und die Synkopen anbelange, seien diese derart häufig aufgetreten, dass die Arbeit an der Briefsortiermaschine zu gefährlich geworden und die Beschwerdeführerin schliesslich für diese Tätigkeit nicht mehr eingesetzt worden sei. Das Gutachten des Begutachtungsinstituts W.____ vermisse aufgrund des Umstands, dass die damit betrauten Ärzte über Fachtitel verfügten, welche die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nur unzureichend abdeckten, der lediglich knapp eine Stunde dauernden psychiatrischen Untersuchung sowie verschiedener inhaltlicher Widersprüche in keiner Weise zu überzeugen. Tatsächlich sei die Beschwerdeführerin depressiv und weise - in Form psychogener Synkopen - schwere psychosomatische Störungen auf, weshalb für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr bestehe (Urk. 3/3 S. 2).

3.3.2.1. Mit Schreiben vom 7. Mai 2009 (Urk. 3/4) brachte auch Dr. B.____ zum Ausdruck, dass er die Expertise des Begutachtungsinstituts W.____ (Urk. 12/43) - jedenfalls hinsichtlich der darin enthaltenden psychiatrischen Beurteilung - in keiner Weise nachvollziehen könne. Dabei bemängelte der genannte Arzt insbesondere, dass die begutachtende Psychiaterin, die keine fundierte Untersuchung durchgeführt habe (Urk. 3/4 S. 1 und S. 3), die rezidivierende depressive Störung, die Panik- und die histrionische Persönlichkeitsstörung nicht erkannt habe (Urk. 3/4 S. 1). Nachdem sich das Leiden der Beschwerdeführerin seit der Berichterstattung vom 22. Februar 2007 (Urk. 12/36) noch weiter therapieresistent entwickelt habe, sei von einem Endzustand auszugehen. Eine stationäre Behandlung sei insofern nicht indiziert, als davon eher noch eine schwerere Dekompensation zu erwarten wäre. Die Beschwerdeführerin sei - aufgrund der nachstehenden Diagnosen - weiterhin zu 80 % arbeitsunfähig (Urk. 3/4 S. 2):

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom, ICD-10 F33.11

- Panikstörung, ICD-10 F41.0

- Differentialdiagnose: Soziale Phobie, ICD-10 F40.1

- Histrionische Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F60.4

Die häufigen Migräneanfalle seien wohl im Rahmen der depressiven Störung zu interpretieren. Die psychiatrischen Befunde basierten durchwegs

auf der Grundlage der histrionischen Persönlichkeitsstörung; angesichts der damit verbundenen Selbstbezogenheit und der Neigung zu theatralischen Inszenierungen habe sich die Gutachterin des Begutachtungsinstituts W.____ möglicherweise täuschen lassen (Urk. 3/4 S. 3).

E. 4

4.1 Nach Lage der Akten ist in der Zeit zwischen dem Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung vom 6. Januar 2006 (Urk. 12/20) und der angefochtenen Verfügung vom 2. April 2009 (Urk. 2) keine Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit auch keine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung der Verhältnisse eingetreten. Zu Recht unbestritten ist daher, dass als Rechtsgrundlage der per 1. Juni 2009 verfügten Aufhebung der Invalidenrente einzig eine Wiedererwägung der (rechtskräftigen) Verfügung vom 6. Januar 2006 (Urk. 12/20) in Betracht fällt. Zu prüfen ist daher, ob dieser Entscheid zweifellos unrichtig war. Dass seine Berichtigung bejahendenfalls als erheblich einzustufen wäre, steht ausser Frage (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2009, 9C_960/2008, Erw. 1.2 mit Hinweisen; Urk. 1 S. 5).

4.2 Dass die ursprüngliche Rentenzusprache offensichtlich unrichtig gewesen wäre, kann - auch unter Berücksichtigung der seither ergangenen medizinischen Berichte - nicht gesagt werden. So geht aus den echtzeitlichen Beurteilungen sowohl des behandelnden Psychotherapeuten lic. phil. Z.____ (Urk. 12/7 S. 5 f., Urk. 12/7 S. 2 f.) als auch von Dr. Y.____ (Urk. 12/7 S. 7 f., Urk. 12/7 S. 9 f., Urk. 12/9) klar hervor, dass die Beschwerdeführerin nach Ablauf des Wartejahrs Ende Februar 2005 (vgl. hierzu Urk. 12/7 S. 7 f., Art. 29 Abs. 1 lit. b des bis am 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen IVG) aufgrund verschiedener organisch nicht objektivierbarer Leiden (depressive Störung, Migräne, rezidivierende Kollapsanfälle, Somatisierung) als Briefsortiererin (im Rahmen eines Pensums von 50 %) noch zu 25 % und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit noch zu 50 % arbeitsfähig war. Angesichts des Umstands, dass Dr. Y.____ nicht nur Allgemeinpraktiker beziehungsweise Internist ist (Urk. 2 S. 2), sondern überdies auch über den Fähigkeitsausweis sowohl für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) als auch für delegierte Psychotherapie verfügt (Urk. 3/3), fehlten ihm die fachlichen Voraussetzungen für die Beurteilung der psychogenen Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit keineswegs (Urk. 2 S. 2). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass die von ihm festgestellten Gesundheitsstörungen ihre Bestätigung im Bericht des Universitätsspitals V.____ vom 3. November 2004 (Anhang zu Urk. 3/3) finden, stellten die Neurologen der genannten Klinik doch - in Form einer Migräne ohne Aura, analgetikainduzierter Kopfschmerzen, einer depressiven Verstimmung sowie rezidivierender vagovasaler Synkopen - im Wesentlichen die identischen Diagnosen wie der genannte Arzt. Dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit lediglich noch zu 25 % arbeitsfähig war, wurde im Übrigen nicht nur von den behandelnden medizinischen Fachpersonen, sondern - nicht zuletzt - auch von der damaligen Arbeitgeberin festgestellt, befand diese doch, dass die Beschwerdeführerin (trotz ihres in den Akten verschiedentlich erwähnten überdurchschnittlichen Einsatzes [Urk. 12/7 S. 2, Urk. 12/29 S. 1, Urk. 12/43 S. 19]) im Rahmen ihres nach einem (ersten) Ohnmachtsanfall am Arbeitsplatz ab Frühjahr 2004 aus gesundheitlichen Gründen um 50 % reduzierten Pensums lediglich - an einem "Schonposten" (vgl. Arbeitgeberbericht vom 30. Oktober

2006, Urk. 12/28 S. 5) - noch eine mit 25 % zu bewertende Leistung erbringe (Urk. 12/28 S. 8).

Wenn den medizinischen Berichten auch zu entnehmen ist, dass ungewöhnliche psychosoziale Faktoren Einfluss auf das Beschwerdebild haben, kann - gerade in Anbetracht der histrionischen Persönlichkeitsstruktur, die gemäss der überzeugenden Einschätzung des Psychiaters Dr. B. Grundlage der gesamten psychischen Symptomatik bildet (vgl. Bericht vom 7. Mai 2009, Urk. 3/4 S. 3) - entgegen den einschlägigen Ausführungen der Gutachter des Begutachtungsinstituts W. (Urk. 12/43 S. 28) nicht gesagt werden, dass die psychischen Beeinträchtigungen ihre hinreichende Erklärung (zweifellos) in den belastenden Lebensumständen finden (vgl. hierzu Erw. 1.2). Angesichts einerseits des aktenkundigen Arbeitswillens respektive der immer wieder erwähnten Freude der Beschwerdeführerin an ihrer Tätigkeit und andererseits der (willentlich wohl kaum beeinflussbaren) - im Rahmen der mehrmals wesentlich auftretenden und häufig mit Ohnmachtsanfällen einhergehenden Migräneattacken ist auch nicht von der Überwindbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei zumutbarer Willensanstrengung (vgl. hierzu BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine) auszugehen.

Was die Expertise des Begutachtungsinstituts W. vom 3. Juli 2008 (Urk. 12/43) anbelangt, vermag diese - wie sowohl Dr. Y. (vgl. Bericht vom 17. April 2009, Urk. 3/3) als auch Dr. B. (vgl. Bericht vom 7. Mai 2009, Urk. 3/4) grundsätzlich zu Recht rügten - wegen verschiedener Mängel nicht zu überzeugen und ist jedenfalls nicht geeignet, die zweifellose Unrichtigkeit der von den behandelnden Ärzten respektive Therapeuten rechtzeitig (Urk. 12/7, Urk. 12/9) abgegebenen (und später noch bekräftigten [Urk. 12/26, Urk. 12/29, Urk. 12/31, Urk. 12/36, Urk. 3/3, Urk. 3/4]) Einschätzungen zu begründen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang insbesondere darauf, dass nicht nachvollziehbar ist, dass die Gutachter des Begutachtungsinstituts W. die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einerseits - trotz der häufigen Ohnmachtsanfälle - selbst in einer gefährlichen Tätigkeit nicht beeinträchtigt sahen (Urk. 12/43 S. 23 und S. 26 f.), andererseits aber (in sich widersprüchlich) noch Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit vorschlugen (Urk. 12/43 S. 22; zu den Anforderungen an ein medizinisches Gutachten vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

4.3 Da die ursprüngliche Rentenzusprache nach dem Gesagten weder gestützt auf eine in klarer Weise unzureichende medizinische Aktenlage erfolgte noch aus materieller Sicht zweifellos unrichtig war und sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach Lage der Akten seither eher noch verschlechtert als verbessert hat, entbehrt die Rentenaufhebung einer rechtlichen Grundlage.

5. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 700.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6. Ausgangsgemäss ist der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes

Über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verurteilung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 2. April 2009 aufgehoben.

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 Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Antonia Kerland
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Pensionskasse U.____
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung 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).

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