

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00483 vom 29. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00483

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00483 du 29 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00483 del 29 maggio 2012

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 (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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2. Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4. Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die

Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wÄ¼rdigen und die GrÄ¼nde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ä¼rztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser GrundsÄ¼tze entscheidend, ob es fÄ¼r die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berÄ¼cksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÄ¼tig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen ZustÄ¼nde und ZusammenhÄ¼nge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begrÄ¼ndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prÄ¼fend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurÄ¼mende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmÄ¼glichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ä¼rztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2

2.1 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Streitig und zu prÄ¼fen ist, ob die Beschwerdegegnerin die halbe Rente der BeschwerdefÄ¼hrerin zu Recht aufgehoben hat. Dabei bildet die VerfÄ¼gung vom 9. April 2008 (Urk. 8/35, Urk. 8/36) zeitliche Vergleichsbasis fÄ¼r die Beurteilung einer anspruchserheblichen Ä¼nderung des InvaliditÄ¼tsgrades.

2.2 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die Beschwerdegegnerin machte zusammengefasst geltend, dank des spÄ¼testens seit der fachÄ¼rztlichen Begutachtung verbesserten Gesundheitszustandes sei der BeschwerdefÄ¼hrerin die AusÄ¼bung ihrer frÄ¼heren TÄ¼tigkeiten als Verkaufsmitarbeiterin wieder vollzeitig bei vollem Leistungspensum zumutbar. Da in der HaushaltÄ¼tigkeit bereits bei der Rentenzusprache keine gesundheitsbedingte EinschrÄ¼nkung bestanden habe, resultiere ein rentenausschliessender InvaliditÄ¼tsgrad von 0 %, weshalb die bisherige halbe Rente aufzuheben sei (Urk. 2 S. 2).

2.3 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die BeschwerdefÄ¼hrerin stellte sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, entgegen dem Gutachten von Dr. C.____ habe sich ihr Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache nicht anhaltend verbessert. GemÄ¼ss ihrem behandelnden Psychiater Dr. D.____ seien im Krankheitsverlauf seit 2004 immer wieder teilweise leichte, meist jedoch mittelgradige depressive Episoden aufgetreten. Aufgrund des Verlaufs der depressiven StÄ¼rung bestehe gemÄ¼ss Dr. D.____ eine 50%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit. Zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. C.____ sei sie depressionsfrei gewesen. Dr. D.____ habe eine depressive StÄ¼rung, eine somatoforme SchmerzstÄ¼rung sowie eine AbhÄ¼ngigkeit von Hypnotika diagnostiziert. Wegen Letzterer fasse sie diesen Sommer einen Entzug ins Auge. Da rezidivierende depressive StÄ¼rungen im Rahmen einer einmaligen AbklÄ¼rung nicht umfassend beurteilt werden kÄ¼nnten, sei auf die Langzeitbeurteilung von Dr. D.____ abzustellen, welche schlÄ¼ssig und nachvollziehbar sei (Urk. 1 S. 2 f.).

E. 3

3.1 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Medizinische Grundlage fÄ¼r die Zusprache einer halben Rente ab 1. Januar 2007 waren das Gutachten von Dr. A.____ vom 23. Juli 2007 (Urk. 8/18) sowie der

und (2) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), fest (Urk. 8/57/11). Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren fähre auch unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung aufgrund der vor allem subjektiv erlebten und kaum objektivierbaren Defizite aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit. Eine Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite sei der Beschwerdeführer aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar und tatsächlich möglich. Diese Einschätzung betreffe jede Art von Tätigkeit (angestammte sowie körperlich angepasste Tätigkeit und Haushaltarbeiten). Im Vergleich zur gutachterlichen Beurteilung von Dr. A. ___ im Juni 2007 könne mit Datum der aktuellen Untersuchung (19. August 2010) sicher von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Für die Zeit zwischen Juni 2007 und August 2010 könne aufgrund unzureichender Angaben in den Akten aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine Schätzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abgegeben werden (Urk. 8/57/20).

3.2.4 In der Stellungnahme zum Gutachten von Dr. C. ___ vom 3. März 2011 zuhanden der Pro Infirmis (Urk. 8/64) führte Dr. D. ___ im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden depressiven Störung nach ICD-10 F33, welche aufgrund ihres Verlaufes und Schwere eine deutliche Minderung der Arbeitsfähigkeit bewirke. Natürlich gebe es auch Zeiten, in denen die Beschwerdeführerin keine oder sehr wenige Symptome einer depressiven Episode aufweise, das sei ja gerade auch das Charakteristische an dieser Erkrankung, weshalb es wichtig sei, das Ausmass der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit im Längsschnitt und nicht ausschliesslich im Querschnitt zu beurteilen. Zum Zeitpunkt der einmaligen Konsultation im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung sei die Beschwerdeführerin offenbar depressionsfrei gewesen (Urk. 8/64/1-2). Die von der Beschwerdeführerin fortgesetzte berufliche Aktivität mit unterschiedlich ausgeprägten Arbeitsunfähigkeiten sei ihr nur unter erheblichen Schwierigkeiten möglich (Urk. 8/64/3). Diagnostisch gehe er auch weiterhin von einer Abhängigkeit von Hypnotika aus. Natürlich sei die Ausprägung der Symptome der Abhängigkeit im zeitlichen Verlauf ebenfalls schwankend. Im Verlauf habe es eindeutig Zeiten gegeben, während denen ein sehr starker Wunsch vorhanden gewesen sei, Temesta und Stilnox zu konsumieren, eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und der Menge des Konsums vorhanden gewesen sei, es nach Reduktion oder Absetzen zu körperlichen Entzugssymptomen sowie zu einer Toleranzentwicklung gekommen sei. Auch sei sich die Beschwerdeführerin im Klaren, dass der anhaltende Substanzkonsum für sie schädliche Folgen habe wie zum Beispiel die Verstärkung depressiver Symptome. Sie sei nun bereit, im Sommer einen stationären Hypnotikaentzug durchzuführen (Urk. 8/64/4). Eine ausführliche Suchtanamnese sowie Befunderhebung bezüglich Benzodiazepine und Hypnotica in Schwere, Dauer und Verlauf vermisste er im Gutachten von Dr. C. ___. Weiterhin bestehe eine Erkrankung aus dem Bereich der somatoformen Störungen. Zusammenfassend erachte er die Arbeitsfähigkeit insbesondere durch die Kombination der verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen als dauerhaft zu 50 % eingeschränkt. Auch die Überwindbarkeit der Schmerzstörung sei durch die Komorbidität, den mehrjährigen Verlauf und die ausgeprägten Persönlichkeitszüge deutlich reduziert (Urk. 8/64/5).

3.2.5.1 Am 31. März 2011 nahm Dr. C. zu den Ausführungen von Dr. D. vom 3. März 2011 Stellung (Urk. 8/67). Er hielt zusammengefasst fest, hinsichtlich der beiden Diagnosekategorien (F45 und F33) bestehe kein Widerspruch, jedoch postuliere Dr. D. eine „erhebliche“ (ausserordentlich) schwere depressive Störung als Komorbidität zur chronischen Schmerzstörung. In seinen Berichten sei keine rein medizinische Begründung dieser „Erheblichkeit“ durch objektive nachvollziehbare Tatsachen zu finden. Es bleibe die persönliche Einschätzung des behandelnden Psychiaters im Rahmen eines (vermutlich) bio-psycho-sozialen Krankheits- und Therapiemodells, die er selbstverständlich respektiere, aber aus rein medizinischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für begründet halte. Weiter betone Dr. D. eine „Sucht“, wofür aber keine objektiven Daten vorlägen. Die Beurteilung des Verlaufs des Schmerzsyndroms („anhaltend“) werde von Dr. D. allein auf die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin abgestützt. Zu den Persönlichkeitszügen habe er im Gutachten differenziert Stellung genommen. Dr. D. unterlasse es im Bericht, auf die Verdeutlichungstendenzen hinzuweisen und dazu kritisch Stellung zu nehmen.

E. 3.3

3.3.1 Das Gutachten von Dr. C. basiert auf psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Dr. C. hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem hat er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.6).

3.3.2 Dr. C. legte nachvollziehbar dar, dass und weshalb sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht verbessert hat. So stellte er fest, dass in der aktuellen Untersuchung vor allem ein (subjektives) Schmerzsyndrom in der klinischen Beurteilung im Vordergrund stehe. Die Beschwerdeführerin erlebe sich dadurch insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert (Urk. 8/57/12). Die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung würden von der Beschwerdeführerin nicht ausreichend erfüllt. Stattdessen sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen. Die Ausprägung der Störung sei bei der Beschwerdeführerin im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht einzustufen (Urk. 8/57/14-15). Die Beschwerdeführerin und die Akten würden zudem depressive Symptome nennen. Die diesbezüglichen Postulate seien in den Akten meist nur qualitativ nachvollziehbar. Es bestehe auch eine deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung (vgl. subjektive Angaben, SCL-90-R und ADS-L) und den objektivierbaren depressiven Befunden (vgl. Psychostatus und MADRS). Die Beschwerdeführerin habe über viele der Kriterien einer depressiven Episode geklagt. Während der Untersuchung hätten aber depressive Symptome nicht ausreichend objektiviert werden können. Die Beschwerdeführerin sei affektiv sehr gut moduliert gewesen. Allgemein- und Ernährungszustand sowie der Antrieb seien objektiv unauffällig gewesen. Zudem hätten Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz der Beschwerdeführerin erkannt werden können. Formal seien die Bedingungen für die Diagnose einer depressiven

Episode nicht erforderlich. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erklärere mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausreichend die anamnestisch bekannten rezidivierenden Verstimmungszustände, so dass auch eine eigenständige Dysthymia nicht angenommen werden könne (Urk. 8/57/16). Zusammenfassend begründe eine chronische Schmerzstörung keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Es seien keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Eine Persönlichkeitsstörung sei nicht begründbar. Allfällige Persönlichkeitszüge stellen Varianten der Norm dar und seien nicht als Gesundheitsschaden oder als Hinweis auf eine fehlende Kapazität der Beschwerdeführerin zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte zu werten. Eine aus versicherungsmedizinischer Sicht relevante Störung durch den Gebrauch psychotroper Substanzen könne zur Zeit ebenfalls nicht begründet werden. Das beschriebene Konsumverhalten weise auch nicht auf eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte hin, weil die Beschwerdeführerin beispielsweise selbständig den vermehrten Konsum von Benzodiazepinen habe sistieren können (Urk. 8/57/18).

3.3.3.1 Was die Beschwerdeführerin hiegegen unter Hinweis auf die anderslautende Einschätzung von Dr. D. ___ vorbringt, ist nicht stichhaltig.

3.3.3.1.1 Vorab ist festzuhalten, dass bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärzte rechtsprechungsgemäss berücksichtigt werden darf und soll, dass deren Beurteilung mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten der Patienten ausfällt. Berichte behandelnder Ärzte können ein Gutachten zwar dann in Frage stellen und zumindest Anlass für weitere Abklärungen geben, wenn darin nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind und bei deren Berücksichtigung sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt (Urteil des Bundesgerichtes 9C_276/2009 vom 24. Juni 2009, E. 4.2.3 mit Hinweisen). Weder im Bericht vom 1. Februar 2009 (vgl. Erwägung 3.2.1) noch in der Stellungnahme vom 3. März 2011 (vgl. Erwägung 3.2.4) von Dr. D. ___ finden sich nach dem Gesagten solche Aspekte. Insbesondere lag Dr. C. ___ der Bericht von Dr. D. ___ vor und nahm er zur Kritik von Dr. D. ___ nachträglich Stellung. Weiter forderte er im Rahmen der Begutachtung einen weiteren Bericht von Dr. D. ___ an (Urk. 8/57/29-31). Damit war Dr. C. ___ die Einschätzung von Dr. D. ___ bekannt und nahm er im Rahmen seiner Beurteilung auch dezidiert Stellung dazu, indem er festhielt, weshalb er teilweise quantitativ abweichende Diagnosen stellte und weder eine Abhängigkeit von Hypnotica noch eine Persönlichkeitsstörung ersah (vgl. Erwägung 3.3.2).

3.3.3.2 Wenn Dr. D. ___ von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgeht, welche aufgrund ihres Verlaufes und Schwere eine deutliche Minderung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, Dr. C. ___ hingegen die rezidivierende depressive Störung als gegenwärtig remittiert erachtet, so handelt es sich um eine unterschiedliche Beurteilung eines grundsätzlich gleichen Leidens, wobei festzustellen ist, dass Dr. D. ___ sich nicht mit den invalidenversicherungsrechtlich irrelevanten psychosozialen Faktoren und der Verdeutlichungstendenz, auf welche Dr. C. ___ in seinem Gutachten ausdrücklich hinwies (zwischenmenschliche Konflikte im Zusammenhang mit der kulturellen Herkunft, geringe Berufsbildung, Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, Rentenbezug, Krankheit

der Tochter, etc., Urk. 8/57/19-20; Urk. 8/57/7, Urk. 8/57/14, Urk. 8/57/16), auseinandersetzte. Die unterschiedliche Wertung der depressiven Störung und die daraus abgeleitete Arbeitsfähigkeit resultieren aus der Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (Urteil des Bundesgerichts 9C_842/2009 vom 17. November E. 2.2 mit Hinweisen). So vermutete denn Dr. C. in seiner Stellungnahme zu Recht, dass die Beurteilung von Dr. D. auf dem in der praktischen medizinischen Behandlung massgebenden bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell basiert. Dieses ist jedoch weiter gefasst als der für die invaliditätsrechtliche Beurteilung heranzuziehende Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2010 vom 11. Mai 2010 E. 2.2.1 mit Hinweis).

3.3.3.3 Dass Dr. C. die Beschwerdeführerin in einer lediglich depressionsfreien Phase untersucht haben soll, jedoch nicht von einem verbesserten Gesundheitszustand auszugehen ist, steht im Widerspruch zu den von der Beschwerdeführerin berichteten Aktivitäten. So gab sie gegenüber Dr. C. an, sie verbringe den Tag, indem sie arbeiten gehe, den Haushalt besorge, sich ab und zu um den Hund der Nachbarin kümmere und Termine wahrnehme. Es sei für sie hilfreich, sich abzulenken. Hinzu kommt ihre eigene Einschätzung, wonach sich ihre niedergeschlagene Stimmung im Verlauf, vor allem im Rahmen der zweiten Ehe, gebessert hat, und sie gerne arbeiten geht (Urk. 8/57/6). Weiter weisen zahlreiche Anhaltspunkte in den Akten auf einen verbesserten Gesundheitszustand hin: Am 14. April 2008 erfolgte die Arbeitsaufnahme bei Y. mit einem Pensum zwischen 40 bis 60 % (Urk. 8/46). Mangels anderslautender Angaben ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin diese Stelle trotz krankheitsbedingter Abwesenheiten (vgl. Urk. 8/57/31) bis zum Verfügungserlass am 7. April 2011 behalten konnte. Weiter verheiratete sich die Beschwerdeführerin im Jahr 2008 erneut und wohnt mit ihrem Ehemann zusammen (Urk. 8/57/4). Zudem gab die Beschwerdeführerin im Fragebogen für die Revision der Invalidenrente/Hilflosenentschädigung Ende 2008 selber an, ihr Gesundheitszustand sei verbessert, aber unstabil (Urk. 8/39/1). Kommt hinzu, dass auch die behandelnde Ärztin des B. von einer längerfristig günstigen Prognose ausging und ab Klinikaustritt bereits eine 40%ige Arbeitsfähigkeit mit Steigerungspotenzial attestierte (vgl. Erwägung 3.2.2).

3.3.3.4 Bezüglich der von Dr. D. diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung ist festzuhalten, dass diese von Dr. A. lediglich als Verdachtsdiagnose gestellt und weder von Dr. A. noch von Dr. D. nachvollziehbar begründet wurde. Dr. C. hingegen schloss eine solche nach vertiefter Auseinandersetzung aus und ging stattdessen von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus (Urk. 8/57/12-15). Im Übrigen kann die genaue Qualifikation der unbestrittenermassen vorhandenen Schmerzstörung offen bleiben, weil kein Ausnahmefall vorliegt von der grundsätzlich zumutbaren Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung. Dr. C. erachtete die Verstimmungen der Beschwerdeführerin als Begleiterscheinung des Schmerzsyndroms, nicht aber als Beeinträchtigung im Sinne einer psychischen Komorbidität. Zum gegenteiligen Schluss kam zwar Dr. D., jedoch mangelt es seiner Einschätzung an einer einlässlichen Begründung. Der Vollständigkeit halber ist in diesem Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin bis heute keinen Nachweis darüber erbracht hat, dass sie die in Aussicht genommene Entzugstherapie im Sommer 2011 tatsächlich

durchgeföhrt hat, womit die Einschätzung von Dr. C.____, wonach keine Suchterkrankung vorliegt, welche eine Komorbidität begründete, weiterhin ihre Gültigkeit hat.

3.4. Somatische Beschwerden spielten bereits bei der Rentenzusprache keine Rolle und sind auch aktuell nicht invalidisierend, was von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten wurde. Damit sind sie vorliegend nicht zu berücksichtigen.

3.5. Zusammenfassend kann aufgrund der überzeugenden Feststellungen im psychiatrischen Gutachten davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert hat und ihr deshalb bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, zu 100 % ihrer angestammten Tätigkeit als Verkäuferin nachzugehen und zu 100 % Haushaltarbeiten zu verrichten.

4. Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als zu 80 % im Erwerb- und zu 20 % im Haushalt tätig. Da die Beschwerdeführerin aus ärztlicher Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit als Verkäuferin voll arbeitsfähig ist und sich in der Haushaltstätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt, errechnete sie sowohl Teilinvaliditätsgrade als auch einen Invaliditätsgrad von 0 %. Diese Vorgehensweise blieb von der Beschwerdeführerin unbestritten und ist, da in Einklang mit der Aktenlage, jedenfalls im Ergebnis nicht zu beanstanden. Da auch der Aufhebungszeitpunkt zu keiner Korrektur Anlass gibt, ist die Aufhebung der ganzen Rente per 31. Mai 2011 zu beständigen und die Beschwerde abzuweisen.

5. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Pro Infirmis Zürich
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen 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.