

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00136 vom 14. August 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00136](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00136)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00136 du 14 août 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00136 del 14 agosto 2013

## Erwägungen

### E. 3

3.1???? Die Rentenzusprache vom 8. Oktober 2009 fusste auf folgenden medizinischen Berichten:

3.2???? Die ?rzte der Klinik B.\_\_\_\_ diagnostizierten am 6. Juni 2006 eine PTBS nach ICD-10 F43.1 und gingen von einer vollen Arbeitsunf?higkeit seit dem 31. Januar 2006 aus. Im Verlauf hielten sie eine deutliche Verbesserung der affektiven Symptomatik fest, f?hrten jedoch aus, dass noch immer eine erh?hte Schreckhaftigkeit und eine deutliche Einschr?nkung in der Konzentrationsf?higkeit und den Ged?chtnisleistungen vorl?gen (Urk. 7/12/19).

???????? Mit Bericht vom 28. August 2006 stellten die ?rzte der Klinik B.\_\_\_\_ eine langsame, aber kontinuierliche Verbesserung fest, wobei noch Konzentrations- und Ged?chtnisst?rungen sowie eine verminderte Belastbarkeit best?nden. Die von der Beschwerdef?hrerin erlebten Einschr?nkungen deckten sich mit den objektiven Befunden (Urk. 7/12/16). Die ambulante Behandlung dauerte bis zum 22. M?rz 2007 (Urk. 7/10/7).

3.3???? Mit Bericht vom 29. Februar 2008 hielt Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt f?r Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass die Beschwerdef?hrerin unver?ndert unter ?berm?ssiger Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit, subakuter Angst, Vergesslichkeit, Konzentrationsst?rungen, Gedankenblockaden und vermindertem Selbstwertgef?hl leide. Sie vermeide weiterhin Aktivit?ten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen k?nnten. Im Betrieb ihres Mannes ben?tige sie f?r die Buchhaltung eine Pr?senzzeit von mindestens 60 %, obschon diese Arbeit h?chstens eine Anwesenheitsdauer von 30 % erfordern w?rde. Ihre Arbeits- und Leistungsf?higkeit sei derart reduziert und unstet, dass die Fehlerquote hoch sei und die Arbeitsf?higkeit nur 0 bis 20 % betrage, wobei die Prognose nicht gut sei. Eine medizinische Fr?hpensionierung von 100 % sei weiterhin angemessen (Urk. 7/14).

3.4???? Mit Bericht vom 29. April 2008 hielt lic. phil. D.\_\_\_\_, Psychotherapeutin, fest, dass die Beschwerdef?hrerin an Konzentrationsproblemen, ausgepr?gter Vergesslichkeit, deutlich reduzierter Belastbarkeit und Leistungsf?higkeit, vegetativer ?bererregbarkeit, Schreckhaftigkeit, vermehrten ?ngsten und Flashbacks leide. Anamnestisch zeigten sich ein lang dauernder Verlauf und eine sich in letzter Zeit kaum ver?ndernde Symptomatik, weshalb in n?chster Zeit keine deutliche Besserung des gesundheitlichen Zustandes zu erwarten sei. Medikamente nehme die Beschwerdef?hrerin keine ein. Aufgrund ihrer Konzentrationsst?rungen unterliefen ihr viele Fehler, und sie ben?tige doppelt so viel Zeit wie fr?her. Ihre Arbeitsf?higkeit betrage etwa 10 % (Urk. 7/17).

3.5???? Im Haushaltsabkl?rungsbericht vom 31. Oktober 2008 ?ber die Erhebung vom 23. Oktober 2008 wurde die Beschwerdef?hrerin als zu 31 % im Haushalt T?tige und als zu 69 % Erwerbst?tige qualifiziert, und es wurde im Haushaltbereich eine Einschr?nkung von 30.45 % beziehungsweise ein Invalidit?tsgrad von 9.44 % ermittelt (Urk. 7/22 S. 9).

#### **E. 4**

4.1???? Folgende Arztberichte gingen im Revisionsverfahren bis zum Erlass der angefochtenen Verf?gung vom 23. Dezember 2011 (Urk. 2) ein:

4.2???? Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt f?r Allgemeine Innere Medizin, welcher die Beschwerdef?hrerin seit 11. Dezember 2010 haus?rztlich betreute (Ziff. 1.2), nannte mit Bericht vom 10. August 2010 (Urk. 7/42/7-10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit (Ziff. 1.1):

- Koronararteriosklerose mit Status nach Stent in der rechten Kranzarterie am 16. Juli 2010
- Anstrengungsdyspnoe unklarer Genese
- Restbeschwerden bei Status nach Epicondylitisoperation des rechten Ellbogens
- Verdacht auf Fersensporn am rechten Fuss
- Diabetes mellitus
- Status nach ?berfall vor vier Jahren, seither Auftreten von diffusen Beschwerden

???????? Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit nannte Dr. E.\_\_\_\_ eine arterielle Hypertonie. Er f?hrte aus, dass die Beschwerden trotz der Operation geblieben seien und sich zu einem Nacken-Schulter-Arm-Syndrom ausgeweitet h?tten. Der festgestellte Diabetes k?nne allein mit Di?t behandelt werden. Auch nach Einsatz des Stents habe die Beschwerdef?hrerin eine deutliche belastungsabh?ngige Dyspnoe, die m?glicherweise noch eine andere Ursache habe und nicht nur rein kardial bedingt sei. Das Herz sei gem?ss Nachuntersuchung v?llig intakt; eine Allergie sei allerdings auch nicht bekannt (Ziff. 1.4). Zwei Stunden Arbeit in einem ruhigen Betrieb und ohne k?rperliche Arbeiten, vor allem B?roarbeiten, seien m?glich (Ziff. 1.9).

4.3???? Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt f?r Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 22. Juni 2010 ?ber die Koronarangiographie und Intervention vom 16. Juni 2010 und die Hospitalisation via Notfallstation vom 15. bis 17. Juni 2010, und diagnostizierte eine Koronararteriosklerose mit filiformer Stenose der dominanten rechten Kranzarterie bei sonst leicht generalisiertem Befall, zus?tzlich knapp 40%-iger RIVA-Stenose im mittleren Anteil und normaler linksventrikul?rer Funktion. Er f?hrte aus, dass sich ein Befall der dominanten rechten Kranzarterie trotz noch jugendlichem Alter gefunden habe; die L?sionen h?tten perkutan ?saniert? werden k?nnen, und nun stehe die Sekund?rpr?vention zur Verhinderung einer Progression der Krankheit im Vordergrund (Urk. 7/44/10-11).

???????? Am 23. Juli 2010 berichtete Dr. F.\_\_\_\_ ?ber die kardiologische Verlaufskontrolle und diagnostizierte eine Koronararteriosklerose mit Status nach Stent in der rechten Kranzarterie am 16. Juli 2010 bei einem Status nach ausgepr?gtem Inguinalh?matom und Infekt unklarer ?tiologie. Nach einem anf?nglich komplikationsreichen Verlauf sei jetzt die Beschwerdef?hrerin kardial beschwerdefrei. Nach dem sehr erfreulichen Nikotinstopp habe sie gezeigt, dass sie den Willen habe, die Situation in den Griff zu bekommen. Nebst

regelmässigen sportlichen Aktivitäten sollte sie nun Gewicht verlieren und sich allenfalls einer Rehabilitation anschliessen (Urk. 7/44/12-13).

???????? Als kaufmännische Angestellte sei sie seit dem 15. Juni 2010 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/44/1-9 Ziff. 1.6).

4.4???? Lic. phil. D.\_\_\_\_ führte am 9. September 2010 aus, dass die Beschwerdeführerin die Psychotherapie am 12. März 2008 mit einer Frequenz von in der Regel ein Mal pro Woche begonnen habe. Längere krankheitsbedingte Unterbrüche habe es von Januar bis Mitte März 2009 aufgrund einer Operation und grippaler Infekte gegeben und von Mitte Dezember 2009 bis Mitte August 2010 hätten aufgrund von zwei Operationen nur vereinzelte Therapiestunden stattgefunden. Die nach wie vor bestehende Symptomatik, insbesondere die Konzentrationsprobleme, ausgeprägte Vergesslichkeit, deutlich reduzierte Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit, führten dazu, dass die Beschwerdeführerin für alles mehr Zeit brauche. Im August 2010 seien wieder regelmässige, einmal alle drei Wochen stattfindende Therapiestunden vereinbart worden. Die niedere Frequenz hätten sie beschlossen, weil die Therapie nicht als zusätzlicher Stressfaktor, sondern als Unterstützung erlebt werden solle (Urk. 7/45).

4.5???? Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurologie FMH, welcher die Beschwerdeführerin vom 27. September 2010 bis am 25. Januar 2011 behandelte (Urk. 7/52/1-4 Ziff. 1.2), stellte am 27. Januar 2011 folgende Diagnosen (Urk. 7/52/5):

???????? Clinically Isolated Syndrom (wahrscheinlich im Rahmen der Erstmanifestation einer entzündlich demyelinisierenden ZNS-Erkrankung) mit/bei:

- klinisch-neurologisch: Hypästhesie in der linken Gesichtshälfte und in der linken oberen Extremität. Keine Schwäche, keine Pyramidenbahnzeichen, keine Koordinationsstörung

- MR-Tomographisch: multiple T2-hyperintense Herde des Neurocraniums (2 von 4 Barkhoff-Kriterien)

- elektroenzephalographisch unauffällig

- Liquor: positive oligoklonale Banden

- neurovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Adipositas, Verdacht auf Diabetes mellitus, Status nach Nikotinabusus, Status nach Stent-Einlage bei Koronar-Arteriosklerose am 16.7.10

???????? In seiner Beurteilung führte Dr. G.\_\_\_\_ aus, dass die entzündlich demyelinisierende Erkrankung des zentralen Nervensystems die wahrscheinlichste Ursache der sensorischen Symptomatik bleibe. Ein Jahr nach der letzten Bildgebung, das heisst im Oktober 2011, sei ein MRI der gesamten Neuroachse anzufertigen, um auch die Dynamik des Prozesses zu beurteilen. Wenn in dieser neuen Untersuchung zusätzliche Herde festgestellt würden, sei die Diagnose gesichert und die Diskussion über Immunoprophylaxen wieder aufzunehmen (Urk. 7/52/6).

4.6???? Die Beschwerdeführerin wurde am 3. Februar 2011 von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 4. Februar 2011 von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Manuelle Medizin, und am 23. Februar 2011 von den Dr. med. J.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärzte für Neurologie, fachärztlich untersucht. Gestützt darauf erstatten Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, R.\_\_\_\_ am 29. April 2011 ihr Gutachten (Urk. 7/59/1-48) und

nannten folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 36 Ziff. 6.2):

- stabile koronare Herzkrankheit mit/bei:
  - Erstmanifestation mit instabiler Angina pectoris im Juni 2010
  - filiformer Stenose der rechten Kranzarterie und hemodynamisch irrelevanter 40%-iger RIVA-Stenose bei normaler linksventrikulärer Funktion
  - Status nach Stenting der rechten Kranzarterie am 16. Juni 2010
  - normaler Ergometrie und echokardiografisch normale linksventrikuläre Funktion am 16. Juli 2010
  - klinisch irrelevanter belastungsinduzierter leichter Hypokinesie beziehungsweise minimaler Ischämie apikal und kleiner subendokrinaler Narbe anterior midventrikulär bei normaler systolischer linksventrikulärer Funktion (Herz-MRT vom 2. Dezember 2010)
  - kardiovaskulären Risikofaktoren: positive Familienanamnese, Adipositas Grad I nach WHO (BMI = 31.6 kg/m<sup>2</sup>), Dyslipidämie, Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Nikotinabusus, sistiert ab Juni 2010
  - subjektiv Anstrengungsdyspnoe und körperlicher Erschöpfung bei allgemeiner Dekonditionierung
  - diskrete Rest-myofasziale Dysbalancen Oberarm rechts mit/bei
  - Status nach Periarthropathia humeroscapularis calcarea im Bereich der rechten Supraspinatussehne mit persistierender Belastbarkeitseinschränkung
  - Status nach Operation einer lateralen Epicondylopathie Dezember 2009 rechts mit vorübergehender Ausbildung eines Schulter-Arm-Schmerzsyndroms
  - diskrete belastungsabhängige intermittierend auftretende tieflumbale und lumbosakrale Beschwerden mit/bei:
    - diskret beginnenden degenerativen lumbalen Veränderungen
    - ohne Hinweise für eine Facettengelenks- respektive radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik
  - Gesichtsschmerz unklarer Klassifikation, Differentialdiagnose atypischer Gesichtsschmerz
  - Zustand nach PTBS (ICD-10 F 43.1)

???????? Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen; die subjektiv empfundene Dyspnoe und Belastungsintoleranz seien auf die allgemeine Dekonditionierung beziehungsweise die Adipositas zurückzuführen, und in Übereinstimmung mit Dr. F. \_\_\_ sei von einer uneingeschränkten kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit auszugehen (S. 40 f. Ziff. 7.3).

???????? Aus rheumatologischer Sicht habe sich die Beschwerdeführerin von ihrer vorübergehenden Schulter-Arm-Schmerzsymptomatik rechts gut erholt. Im Bereich der rechten oberen Extremität sei die Einhaltung von Schonkriterien notwendig. Für sämtliche bisherigen Tätigkeiten, inklusive die einer Bankangestellten oder Buchhalterin, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 41 Ziff. 7.3).

??????? Im neurologischen Befund sei eine linksbetonte Sensibilit?tsst?rung im Gesicht anzugeben, eine in der Voruntersuchung beschriebene Sensibilit?tsst?rung des linken Armes sei aktuell nicht mehr nachweisbar. Die Diagnose der Multiplen Sklerose k?nne nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Die Ursache des Gesichtsschmerzes sei unklar, differentialdiagnostisch sei ein atypischer Gesichtsschmerz zu erw?gen. Nach Angaben der Beschwerdef?hrerin sei diese dadurch deutlich beeintr?chtigt; der gewonnene klinische Eindruck spreche gegen eine behinderungsrelevante Beeintr?chtigung. Relevante kognitive St?rungen seien im Rahmen der aktuellen neurologischen Untersuchung nicht nachzuweisen (S. 41 f. Ziff. 7.3).

??????? Bei der psychiatrischen Exploration imponiere als einschneidendes Ereignis der Bank?berfall vom 30. Januar 2006. Die Beschwerdef?hrerin gebe dazu an, dass sie mittlerweile sehr gut mit der Situation umgehen k?nne, der ?berfall sie nicht mehr belaste und auch die Flashbacks weitestgehend in den Hintergrund getreten seien, und dass sie Bilder vom Bank?berfall herholen, dann aber auch wieder ?wegpacken? k?nne. Dies lasse darauf schliessen, dass sie den ?berfall mittlerweile psychisch gut verarbeitet habe. Eine Gleichg?ltigkeit oder Teilnahmslosigkeit liege ebenso wenig vor wie eine Freudlosigkeit oder Vermeidung von Aktivit?ten und Situationen, welche Erinnerungen an das Trauma wachrufen k?nnten. Diese w?rde man bei einer PTBS erwarten. Die Beschwerdef?hrerin gehe wieder in Banken, dies sogar ohne grosse emotionale Anspannung, und sei auch mehrmals wieder bei ihrer ehemaligen Bankfiliale gewesen. Eine PTBS, wie in den ?rztlichen Berichten beschrieben, liege daher nicht mehr vor. Die im Bericht von lic. phil. D. \_\_\_ beschriebenen Konzentrationsprobleme und ausgepr?gte Vergesslichkeit seien nach Angaben der Beschwerdef?hrerin besser geworden, und die dort vorliegenden ?ngste und Flashbacks seien in den Hintergrund getreten, die Schreckhaftigkeit habe sich ebenfalls gebessert, und eine vegetative ?bererregbarkeit k?nne nicht festgestellt werden. Damit habe das psychische Zustandsbild in den letzten zwei Jahren doch deutlich stabilisiert und gebessert. Es gebe auch keine Hinweise f?r das Vorliegen einer anderen psychiatrischen Erkrankung. Die von der Beschwerdef?hrerin subjektiv erlebte ausgepr?gte Vergesslichkeit und die Konzentrationsst?rung k?nnten aktuell nicht objektiviert werden (S. 42 Ziff. 7.3).

??????? Zusammenfassend und unter Ber?cksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdef?hrerin aus interdisziplin?rer Sicht f?r die bisherigen T?tigkeiten als Bankangestellte und Buchhalterin sowie auch f?r entsprechende Verweist?tigkeiten seit Februar 2011 wieder zu 100 % arbeitsf?hig (S. 43 Ziff. 7.4). Im zuletzt ausge?bten Beruf als Bankangestellte und Buchhalterin sei die Beschwerdef?hrerin vom 30. Januar 2006 bis Ende Januar 2011 zu 100 % arbeitsunf?hig gewesen, und ab Februar 2011 sei sie f?r diese T?tigkeiten wieder zu 100 % arbeitsf?hig (S. 46 Ziff. 7.6). In ihrem allgemeinen Leistungsspektrum sei sie seit Februar 2011 unter Ber?cksichtigung der qualitativen Kriterien f?r alle Verweist?tigkeiten zu 100 % arbeitsf?hig (S. 46 Ziff. 7.7).

4.7???? Dr. med. N. \_\_\_, FMH Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, wiederholte mit Bericht vom 1. April 2011 (Urk. 7/55) im Wesentlichen die bekannten Diagnosen (Ziff. 1.1) und f?hrte aus, dass die bisherige T?tigkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht zumutbar sei. In welchem Umfang eine behinderungsangepasste T?tigkeit m?glich sei, sei aus internistischer Sicht erst in einigen Monaten beurteilbar (Ziff. 1.7). Die medizinisch begr?ndete Arbeitsunf?higkeit erkl?re sich aus seiner Sicht psychiatrisch; aus internistischer und kardiologischer Sicht sei eine Arbeitsf?higkeit gegeben (Ziff. 1.6).

4.8???? Lic. phil. et theol. O.\_\_\_\_, Fachpsychologe f?r Psychotherapie FSP, nannte mit Bericht vom 28. Oktober 2011 (Urk. 7/71/3-5 = Urk. 7/77/1-3) folgende Diagnosen (S. 2 Ziff. 4):

- PTBS (ICD-10 F43.1)
- Verdacht auf dissoziative Amnesie (ICD-10 F 44.0)
- Verdacht auf dissoziative Sensibilit?ts- und Empfindungsst?rungen (ICD-10 F44.6)
- Verdacht auf Somatisierungsst?rung (ICD-10 F45.0)

???????? In der Beurteilung hielt er fest, die Beschwerdef?hrerin zeige deutlich mehrere Elemente einer nach wie vor bestehenden PTBS wie Vermeidung in Form von ?ngsten, vegetative ?bererregtheit in Form chronifizierter Anspannung, Vigilanzsteigerung, Schlafst?rungen. Zudem zeige sie die bei traumatisierten Menschen typischen dissoziativen Ph?nomene. Dass die Beschwerdef?hrerin ?ber das Trauma reden und in eine Bank gehen k?nne, sei als therapeutischer Erfolg zu werten, aber kein Beweis daf?r, dass es psychisch wirklich verarbeitet sei. Die Beschwerdef?hrerin habe M?he, ihre Beschwerden im Rahmen der PTBS zu verstehen, da sie gerne die maximale Kontrolle ?ber sich, ihre Emotionen und das Leben ?berhaupt habe. Daher habe sie einen Zusammenhang der Beschwerden dem Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ gegen?ber als unwahrscheinlich dargestellt. Dieser habe diese Sichtweise ?bernommen und eine PTBS ausgeschlossen. Damit w?rden aber die deutlich ge?usserten, massiven ?ngste, die psychische Ersch?pfung, die verlorene Sicherheit im Leben, der vorhandene ?berh?hte Muskeltonus, die kognitiven Defizite und vor allem die k?rperlichen Beschwerden der Beschwerdef?hrerin als isolierte Ph?nomene betrachtet, dabei seien sie sehr wohl im Rahmen einer PTBS erkl?rbar (S. 2-3 Ziff. 5). Auf dem Hintergrund der aktuellen somatischen wie auch psychischen Realit?t der Beschwerdef?hrerin sei mindestens f?r die n?chsten zwei Jahre die Beibehaltung der jetzigen Arbeitsf?higkeitssituation zu empfehlen. Sie jetzt zu 100 % arbeitsf?hig zu schreiben, w?rde sie unter massiven Existenzdruck bringen und ihren jetzigen k?rperlichen und psychischen Zustand mit Sicherheit verschlechtern (S. 5 Ziff. 6).

4.9???? Mit Bericht vom 7. Dezember 2011 f?hrte Dr. N.\_\_\_\_ aus, dass er aufgrund der reduzierten Belastbarkeit und Leistungsf?higkeit die Beschwerdef?hrerin nicht als voll arbeitsf?hig erachte. Das Zusammenspiel der relevanten Krankheiten - koronarer Herzkrankheit, m?glicher atypischer Angina pectoris und Diabetes mellitus II - erm?gliche aus seiner Sicht ebenfalls keine volle Arbeitsf?higkeit. Ein provisorisches Pensum von 30 % im Gesch?ft des Ehemannes sei knapp und unregelm?ssig m?glich gewesen (Urk. 7/77/4-5 = Urk. 7/71/1-2).

4.10?? Im mit der Beschwerde eingereichten Bericht vom 7. September 2012 (Urk. 12) nahm Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt f?r Psychiatrie und Psychotherapie, welcher die Beschwerdef?hrerin seit dem 29. Februar 2012 behandelte, Stellung zum Gutachten des R.\_\_\_\_ und nannte folgende Diagnosen (S. 4):

- posttraumatische Belastungssituation (ICD-10 F43.1), maskiert durch
- bewusste Vermeidungsstrategien
- dissoziative St?rung (nicht n?her bezeichnet) (ICD-10 F44.9)
- Schmerzproblematik, vor allem im Gesichtsbereich, unklarer ?tiologie

???????? Aktuell sei die Beschwerdeführerin ausserhalb des geschätzten Arbeitsortes bei ihrem Mann zu 100 % arbeitsunfähig. Im Betrieb ihres Ehemannes könne sie ihren zeitlichen Einsatz frei einteilen, je nach gesundheitlicher Verfassung, und könne viele Arbeiten zu Hause verrichten. Gemäss ihren Angaben erfülle sie ein zeitliches Pensum von durchschnittlich 30 %, wobei die Qualität der Arbeit eingeschränkt und durch viele Fehler geprägt sei (S. 5 f.).

???????? Hauptproblem der Beschwerdeführerin seien die unbewussten Schutzmechanismen gegen die Ängste. Die rund drei Monate nach dem Überfall aufgetretenen Symptome wie eine erhebliche Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und eine stark erhöhte Ermüdbarkeit seien in den Akten durchgängig dokumentiert und fremdanamnestic bestätigt. Neurologisch seien sie nicht zu erklären. Diese Symptome hätten einen wirksamen Schutzcharakter, da mit solchen Einschränkungen eine Tätigkeit in einer Bank, ja in der freien Arbeitswelt, nicht mehr denkbar seien, und schätze zuverlässig davor, im Rahmen der beruflichen Tätigkeit wieder überfallen und an Leib und Leben bedroht zu werden (S. 7 oben). Erkennt man die dissoziative Störung und vor allem deren Funktion nicht, wie im Gutachten des R.\_\_\_\_ geschehen, so verbinde sich der Untersucher mit der Schutzfunktion der Pathologie der Beschwerdeführerin, übersehe dabei die Bagatellisierung psychischer Inhalte und sei nicht in der Lage, Symptome des Wiedererlebens und Angstsymptome zu explorieren. Erkennt er aber die dissoziative Störung, so sei es ihm möglich die Vermeidungsfunktionen zu umgehen und Hinweise für das Grundleiden, der PTBS mit nach wie vor vorhandenem Angsterleben, zu erhalten (S. 7 Mitte).

## **E. 5**

5.1???? Zusammenfassend ergibt sich folgender Gesundheitszustand und Krankheitsverlauf:

???????? Im Zeitpunkt der Rentenzusprache lag eine posttraumatische Belastungsstörung vor. Seither sind eine Herzkrankheit, Schulter-, Arm- und Rückenbeschwerden sowie ein Gesichtsschmerz unklarer Ursache hinzugekommen. Strittig ist, ob die posttraumatische Belastungsstörung weiterhin besteht und wie sich diese und die weiteren Beschwerden gegebenenfalls auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

5.2???? Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das von den Fachärzten des R.\_\_\_\_ erstellte Gutachten vom 29. April 2011 (Urk. 7/59; vgl. vorstehend E. 4.6) für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist. Es beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen (S. 22 f., S. 25 ff.), berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (S. 15 ff., S. 21), und ist in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (S. 2 ff., S. 35). Weiter leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein. Die von den Gutachtern vorgenommenen Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar begründet.

5.3???? Auch im Verhältnis zu den übrigen ärztlichen Einschätzungen überzeugt das Gutachten des R.\_\_\_\_.

???????? Was zunächst die internistische Beurteilung angeht, so gingen die Gutachter übereinstimmend mit dem Kardiologen Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.3) von einer stabilen koronaren Herzkrankheit bei kardialer Beschwerdefreiheit aus. Ebenso ging der behandelnde Kardiologe Dr. N.\_\_\_\_ aus internistisch-kardiologischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit aus (vgl. vorstehend E. 4.7). Seine spätere Einschätzung, wonach das

Zusammenspiel der relevanten Krankheiten keine volle Arbeitsfähigkeit erlaube (vgl. vorstehend E. 4.9), begründete er weder näher noch legte er den Grad der Arbeitsfähigkeit fest, und bezüglich Angina handelt es sich um eine Verdachtsdiagnose. Sodann erscheint die gutachterliche Beurteilung plausibel, dass die Anstrengungsdyspnoe auf eine allgemeine Dekonditionierung beziehungsweise die Adipositas zurückzuführen sei und sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke; zudem gab die Beschwerdeführerin selber an, dass sich die Atemprobleme seit Einnahme eines Betablockers deutlich gebessert hätten (Urk. 7/59/31). Aufgrund dessen ist eine volle Arbeitsfähigkeit aus internistisch-kardiologischer Sicht nachvollziehbar.

???????? Aus rheumatologischer Sicht ist laut Gutachten von einem Status nach einer Schulter-Arm-Schmerzsymptomatik des rechten Oberarmes auszugehen, welcher zwar noch die Einhaltung von Schonkriterien erfordert, aufgrund dessen aber - auch unter Berücksichtigung der belastungsabhängig auftretenden Rückenbeschwerden - eine volle Arbeitsfähigkeit in sämtlichen bisherigen Tätigkeiten plausibel erscheint. Davon abweichende ärztliche Einschätzungen liegen nicht vor.

???????? Der neurologische Gutachter erachtete das Vorliegen einer Multiplen Sklerose als nicht ausreichend wahrscheinlich, was sich mit der späteren Einschätzung durch den Neurologen Dr. Q.\_\_\_\_ deckt, der eine solche Erkrankung für sehr unwahrscheinlich hielt (vgl. Urk. 12 S. 5). Den Gesichtsschmerz beurteilte der Gutachter aufgrund des klinischen Eindrucks als nicht invalidisierend und erwog die Behandlung mittels eines Trizyklikums (Urk. 7/59/29). Angesichts dessen überzeugt seine Einschätzung, wonach die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt ist.

???????? Was die psychiatrische Beurteilung angeht, so gingen Dr. N.\_\_\_\_, lic. phil. O.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ abweichend vom R.\_\_\_\_-Gutachten weiterhin vom Vorliegen einer PTBS sowie weiteren Verdachtsdiagnosen aus (vgl. vorstehend E. 4.7-4.10), wobei es sich einzig bei Dr. P.\_\_\_\_s Diagnose um einen fachärztlich gestellte Diagnose handelt. Dieser ging davon aus, dass eine dissoziative Störung die PTBS maskiere und nannte als unbewusste Schutzmechanismen gegen über eine erhebliche Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und stark erhöhte Ermüdbarkeit. Genau diese Symptome konnten in der psychiatrischen Exploration des R.\_\_\_\_-Gutachters jedoch nicht objektiviert werden. Im Gegenteil führte die Beschwerdeführerin damals aus, dass sich die Konzentrationsprobleme, die Vergesslichkeit und die Schreckhaftigkeit deutlich gebessert hätten. Gemäss Gutachter liess die Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin während des Gesprächs nicht nach, und er konnte keine Hinweise für formale oder inhaltliche Denkstörungen, für kognitive oder mnestiche Defizite oder für psychische Funktionsstörungen feststellen. Auch ein für eine PTBS typisches Vermeidungsverhalten oder eine Teilnahmslosigkeit verneinte er (Urk. 7/59/32-35). Dr. P.\_\_\_\_ Einschätzung, wonach von einer krankheitswertigen und eine volle Arbeitsunfähigkeit bewirkenden dissoziativen Störung auszugehen sei, kann unter diesen Umständen nicht gefolgt werden. Vielmehr überzeugt die gutachterliche Einschätzung, wonach nicht mehr von einer PTBS auszugehen und eine Depression oder Angststörung auszuschliessen ist und aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht.

???????? Für das Fehlen einer schweren psychischen Störung spricht im übrigen auch die bis Verfügungserlass niedrige Therapiefrequenz und die fehlende Einnahme von Psychopharmaka (Urk. 7/59/34-35). Im Mai 2009 wurde der Beschwerdeführerin im Rahmen der Schadenminderungspflicht die Durchführung einer intensiven Psychotherapie

aufgelegt (Urk. 7/24). Bereits im März 2008 hatte sie diese bei lic. phil. D.\_\_\_\_ mit einer Frequenz von einmal pro Woche aufgenommen. Aufgrund von zwei Operationen fanden von Dezember 2009 bis Mitte August 2010 nur vereinzelt Therapiestunden statt, danach wurden wieder regelmässige, alle drei Wochen stattfindende Sitzungen vereinbart (vgl. vorstehend E. 4.4). Ende August 2011 wurde sie durch ihren Hausarzt zu lic. phil. O.\_\_\_\_ zur Psychotherapie überwiesen (Urk. 7/77/1). Demgegenüber steht die Beschwerdeführerin erst seit Februar 2012 mit einer Frequenz von monatlich etwa drei Sitzungen bei Dr. P.\_\_\_\_ in Behandlung (vgl. vorstehend E. 4.10).

??????? Das Gutachten genügt damit den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, weshalb darauf abzustellen und auf die beantragte Einholung eines Gerichtsgutachtens (Urk. 1 S. 2) zu verzichten ist.

??????? Damit ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Februar 2011 in der Tätigkeit als Bankangestellte oder Buchhalterin auszugehen.

5.4???? Daran vermögen die von der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten vorgebrachten formellen Einwände nichts zu ändern.

??????? Zu prüfen ist zunächst der Vorwurf der Befangenheit der Sachverständigen, welche sich in einer herablassenden Behandlung gezeigt habe (vgl. Urk. 1 Ziff. 29-33). Gemäss ihrem Schreiben vom 11. Februar 2011 fühlte sich die Beschwerdeführerin von den Gutachtern demütigend und respektlos behandelt und nicht ernstgenommen (Urk. 7/50). Eine Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin entschuldigte sich dafür am 21. Februar 2011 telefonisch und bot der Beschwerdeführerin die Durchführung des zweiten Termins für das Gutachten bei einer anderen MEDAS-Stelle an, was die Beschwerdeführerin jedoch ablehnte (Urk. 7/53). Laut Telefonnotiz vom 25. Februar 2011 entschuldigte sich Dr. L.\_\_\_\_ anlässlich des zweiten Teils der Begutachtung persönlich bei der Beschwerdeführerin, was diese akzeptiert habe; ihren Ausführungen zufolge sei die Entschuldigung nett und seien die beiden untersuchenden Ärzte sehr anständig gewesen, und der Neurologe habe seine Arbeit gut gemacht (Urk. 7/54/1). Laut Stellungnahme von Dr. L.\_\_\_\_ vom 14. April 2011 (Urk. 7/56) wurde die rheumatologische Teilbegutachtung lege artis und respektvoll durchgeführt und seien keinerlei abschätzenden Bemerkungen geussert worden. Seine anlässlich der neurologischen Begutachtung ausgesprochene Entschuldigung für ein allfälliges Fehlverhalten seitens seiner Mitarbeiter habe die Beschwerdeführerin angenommen. Unter diesen Umständen ist aufgrund der Akten kein Verhalten der Gutachter erstellt, welches den Anschein der Befangenheit zu erwecken vermag.

??????? Nicht zu hren ist auch das Vorbringen, die Abgeltung der Gutachten aus Mitteln der Invalidenversicherung führe als solche zu einer Befangenheit der Gutachtensstelle (Urk. 1 S. 14 Ziff. 35; vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7). Inwiefern sodann die in BGE 137 V 210 beschriebenen Mitwirkungsrechte, so insbesondere das Recht auf das Stellen von Zusatzfragen, verletzt sein sollten (vgl. Urk. 1 S. 14 f. Ziff. 38-39), ist nicht einsichtig, nachdem das erwählte bundesgerichtliche Grundsatzurteil nach Erlass der angefochtenen Verfügung ergangen ist.

??????? Die Beschwerdeführerin brachte weitere Einwände gegen die persönliche und fachliche Eignung von Dr. L.\_\_\_\_ selber vor (Urk. 9, Urk. 10/1-5). Was die behauptete Befangenheit aufgrund des damals laufenden Strafverfahrens angeht, so ist auf das Urteil des Bundesgerichtes 9C\_972/2012 vom 23. April 2013 zu verweisen, wonach das mehrere Jahre zurückliegende, allfällige Fehlverhalten heute für sich allein keine Befangenheit zu

begründen vermag (E. 4.3.2). Dem Einwand, Dr. L. \_\_\_ sei im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung psychisch schwer erkrankt und aus diesem Grunde nicht geeignet, ist entgegenzuhalten, dass Dr. L. \_\_\_ keines der fachärztlichen Teilgutachten, insbesondere auch nicht das psychiatrische, durchführte. Selbst wenn bereits im fraglichen Zeitpunkt der Gutachtenserstellung gesundheitliche Probleme des Gutachters bestanden haben sollten, was aufgrund der Akten nicht erstellt ist, so berechnen diese nicht zwingend dessen Fähigkeit, ein Gutachten zu erstellen und zu redigieren.

5.5. In materieller Hinsicht brachte die Beschwerdeführerin gegen das Gutachten vor, es seien die kognitiven Fähigkeiten nur anhand des Untersuchungsgesprächs, nicht aber anhand weiterer Tests, überprüft worden (Urk. 1 Ziff. 35). Indessen ist die Frage, ob und welche Zusatzuntersuchungen, darunter insbesondere experimentell-psychologische Verfahren, nebst dem psychiatrischen Explorationsgespräch erforderlich sind, vom Gutachter zu beantworten. So sehen auch die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) in Ziff. 4.3.2.2 vor, dass lediglich bei begründeter Indikation, wie Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer objektivierbaren Beschwerden beziehungsweise geklagten Funktionseinbussen der Einsatz von geeigneten Tests zur Prüfung der Leistungsfähigkeit und auch der Leistungsbereitschaft des Exploranden beziehungsweise der Validität der geklagten Symptome zu prüfen ist. Selbst dann ersetzen jedoch diese Verfahren nicht die gutachterlichen Bemerkungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einbezogen wird. Wurden - wie hier - weder in der psychiatrischen noch in der neurologischen Untersuchung Hinweise für formale oder inhaltliche Denkstörungen oder für kognitive oder mnestiche Defizite oder weitere psychische oder neuropsychologische Funktionsstörungen gefunden (Urk. 7/59/34, Urk. 7/59/27-28), so ist der Verzicht auf die Durchführung weiterer Testverfahren nicht zu beanstanden. Im übrigen erscheint es in Anbetracht dessen, dass die Beschwerdeführerin offenbar die Notwendigkeit der Begutachtung in Frage stellte, da schon alles aktenkundig sei, und zusätzliche Untersuchungen grundsätzlich verweigerte (Urk. 7/59/19-20 Ziff. 4.2-3), zumindest fraglich, ob weitere Tests zielführend gewesen wären.

5.6. Ebenfalls nicht zu beanstanden ist, dass die Gutachter keine genauere Angaben zur Tätigkeit der Beschwerdeführerin machten (Urk. 1 S. 14 Ziff. 36), denn die vorhandenen Informationen genühten, um die Arbeitsfähigkeit einer Bankangestellten beziehungsweise einer Buchhalterin zu beurteilen. Aufgrund der Ausführungen der Beschwerdeführerin war zudem bekannt, dass sie bei den Abrechnungen viele Fehler mache und deshalb häufig die Buchhaltung von einem externen Revisor überprüfen lasse (Urk. 7/59/13).

5.7. Dass die Beschwerdeführerin im Gutachten einerseits als quengelig, gequält und uneinsichtig, und andererseits als eine ausgeglichene Stimmung und ein situationsadäquates Verhalten zeigend beschrieben wurde, ist entgegen ihrer Auffassung nicht widersprüchlich (Urk. 1 S. 14 Ziff. 37), sondern trägt den verschiedenen Untersuchungssituationen Rechnung und ist vielmehr als Differenziertheit des Gutachtens zu vermerken.

5.8. Zusammenfassend ist damit von einem Status nach posttraumatischer Belastungsstörung und vom Fehlen anderer, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkender Störungen auszugehen. Eine revisionsrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ist damit ausgewiesen.

6.????? Da kein invalidisierender Gesundheitsschaden besteht und von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit auszugehen ist, können die Statusfrage und die Frage der Berücksichtigung eines Soziallohns offen bleiben. Denn selbst wenn die Beschwerdeführerin - wie sie beschwerdeweise geltend machte (Urk. 1 S. 16 f. Ziff. 40-46) - als Vollerwerbstätige zu qualifizieren und der im Betrieb des Ehemannes erzielte Lohn als Soziallohn zu berücksichtigen wäre, resultierte ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad.

7.????? Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

8.????? Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.????? Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Martin Hablitzel
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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