

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00184 vom 2. März 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00184](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00184)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00184 du 2 mars 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00184 del 2 marzo 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie 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).

### **E. 1.2**

Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts kann die Verwaltung auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, die nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückkommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist ( Art. 53 Abs.

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.6**

und Ziff. 3.1, Urk. 7/5 Ziff. 3.1, Urk. 7/7). Zuletzt war sie seit 1. September 2009 vollzeitlich bei der Y. \_\_\_ in der Produktion von Sandwiches und Canapés beschäftigt ( Urk. 7/9). Nachdem sie sich ab April 2011 in psychiatrische Behandlung begeben und der Arbeit fern geblieben war ( Urk. 7/9/8 und Urk. 7/10/5), meldete sie sich am 12. August 2011 unter Hinweis auf eine Depression bei der Invaliden versicherung zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog die vom Krankentaggeldversicherer veranlasste Expertise von Dr. med. Z. \_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie Psychologin FSP M. Sc. A. \_\_\_ vom 25. August 2011 ( Urk. 7/8/2-18) bei und tätigte medizinische sowie berufliche Abklärungen.

Die Versicherte legte sodann ein Parteigutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Januar 2012 (Urk. 7/16/3-12) auf. Mit Verfügung vom 11. Juli 2012 (Urk. 7/28) sprach die IV-Stelle der Versicherten basierend auf einem Invaliditätsgrad von 50 % mit Wirkung ab 1. April 2012 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu.

## **E. 2**

S. 3).

### **E. 2.1**

und Ziff. 2.9) gearbeitet zu haben (S. 13 f.).

Die Gutachter hielten zusammenfassend fest, dass die Beschwerdeführerin an einer Angsterkrankung leide, die allerdings inzwischen aufgrund der adäquaten Therapie habe zurückgedrängt werden können. Die Ängste vor dem Verrückt werden spielten im Hinblick auf die sehr nachvollziehbar geschilderte Belastung in den Kinder- und Jugendjahren (schizophrener Bruder) eine Rolle. Gleichzeitig sei psychodynamisch die Ausgestaltung der aktuellen Ängste auch in den Zusammenhang mit den Erlebnissen im jugendlichen Alter zu setzen. Die Behandlung einer derartigen Angsterkrankung sei nicht nur durch die ärztlichen Gespräche und die Medikation möglich, sondern es könne vor allem ein verhaltenstherapeutischer Ansatz gewählt werden, die Beschwerdeführerin inner halb kurzer Zeit vermehrt zu trainieren, Aktivitäten zu unternehmen, die dann innerhalb von wenigen Wochen auch die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit beinhalten würde. Eine Agoraphobie in dem Ausprägungsgrad, wie ihn die Beschwerdeführerin aufweise, sei aus versicherungsmedizinischer Sicht kein Grund für eine anhaltende und über weitere Monate andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 14 f.).

Die Experten thematisierten sodann krankheitsfremde Faktoren und berichteten, der Auslöser der wieder aufgetretenen Angstsymptomatik sei – laut der Beschwerdeführerin – die erneute Arbeitslosigkeit des Ehemannes gewesen, welchem beim gleichen Arbeitgeber gekündigt worden sei, was auch ihre Mitarbeit erschwert habe. Es habe auch direkt damit zu tun gehabt, dass die Vorgesetzten sie unmenschlich behandelt hätten und verbal übergriffig gewesen seien. Im April sei sie vom Vorgesetzten regelrecht beleidigt worden, es sei jedoch auch allgemein üblich, gar nicht gegrüsst zu werden und als Arbeiterin wie eine Sklavin betrachtet zu werden. Die Belastungen am Arbeitsplatz hätten darin gegipfelt, dass sie schreckhaft und ängstlich geworden sei. Wenn dieser Vorgesetzte plötzlich an sie herangetreten sei, sei sie zusammengezuckt und habe alles fallen lassen. Die Gutachter befanden die belastenden Faktoren am Arbeitsplatz als Triggerfaktor, soweit man davon ausgehe, dass sie selbst bei Anwendung des Vulnerabilitäts-Stress-Konzeptes an einer eigenständigen primär psychischen Störung leide. Gleichzeitig seien diese Faktoren am Arbeitsplatz als krankheitsfremde Faktoren evident, so dass sie nun nicht mehr an diesen Arbeitsplatz zurückkehren wolle und könne. Vielmehr gebe sie an, sie müsse nun erst wieder ganz gesund werden, um sich dann eine andere Arbeit zu suchen (S. 15).

Dr. Z.\_\_\_\_ und Psychologin A.\_\_\_\_ befanden, dass bei der Beschwerdeführerin kein so gearteter psychischer Gesundheitsschaden vorliege, der sie andauernd und in den nächsten Monaten weiterhin zu 100 % daran hindere, eine medizinisch-theoretisch zumutbare Arbeitstätigkeit wieder aufzunehmen. Die Beschwerdeführerin könnte an einem positiven Arbeitsplatz (z.B. in einer sie unterstützenden Firma mit netten Kollegen und korrekten Vorgesetzten) eine Arbeitstätigkeit durchaus wieder aufnehmen. Die krankheitsfremden

Faktoren hätten einen sehr gewichtigen Einfluss auf den Umstand, dass die Beschwerdeführerin aktuell keine Arbeitstätigkeit ausübe. Es wäre ihr aus versicherungstherapeutischer Sicht unter Intensivierung der fachärztlichen psychiatrischen Therapie mit zusätzlichem Einführen verhaltenstherapeutischer Übungen inner halb von maximal zwei Monaten die Aufnahme einer Arbeit zuzumuten. Dabei würde die Arbeitsfähigkeit noch nach Beginn der Neuaufnahme einer Arbeit auf 50 % Reduktion für vier Wochen anzuerkennen sein (S. 15 f.). Damit könnte die Beschwerdeführerin ab 1. September 2011 wieder zu 50 % und ab 1. Oktober 2011 zu 100 % arbeitstätig werden (S. 17).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin hielt dagegen, Ursache der Arbeitsunfähigkeit im April 2011 seien nicht psychosoziale Faktoren gewesen, sondern starke Angst- und Panikattacken basierend auf einer seit der Jugend bestehenden Grundangst, an einer Schizophrenie entsprechend ihrem Bruder zu erkranken, der immer wieder gewalttätig geworden sei und die ganze Familie in Angst und Schrecken versetzt habe. Sodann bestehe eine Grundangst, sie müsse sterben (Urk. 1 S. 7 f.). Die Rentenzusprache sei nicht zweifellos unrichtig gewesen, auch wenn gewisse psychosoziale Belastungsfaktoren erwähnt worden seien (Urk. 1 S. 12).

## **E. 3.1**

Dr. Z.\_\_\_\_ und Psychologin A.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 25. August 2011 (Urk. 7/8/2-18) eine Agoraphobie ohne Panikstörung (aktuell gebessert), eine vordiagnostizierte generalisierte Angststörung mit Panikattacken sowie eine vordiagnostizierte chronifizierte Angst und depressive Störung gemischt (S. 11).

Sie führten aus, Panikattacken im Sinne von anfallsartigen Ängsten liessen sich nicht nachweisen. In der aktuellen Erhebung sei im Hinblick auf die Charakterisierung der anfallsartigen Ängste eine spezifische Symptomatik trotz mehrfacher zielgerichteter Frageansätze nicht zu erfragen gewesen. Vielmehr habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie habe eigentlich immer eine Grundangst, die sich insbesondere auf Menschen und da wiederum hauptsächlich auf Männer beziehe. Sie habe Angst in Menschenmengen, wenn ein ungepflegter Mann auf sie zukomme, wenn Männer laut sprechen würden. Es hätten sich weder situationsbezogen regelhaft auftretende Panikattacken erfragen noch spontan in verschiedenen Lebenssituationen sehr plötzlich auftretende anfallsartige Ängste erfragen lassen. So sei die Diagnose einer Panikstörung nicht zu vergeben (S.

12).

Die Gutachter verneinten auch die Diagnose einer generalisierten Angststörung, welche sich auf sämtliche Lebensbereiche beziehe und anhaltend zu jeder Tageszeit bestehe. Dies sei bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall. So habe sie angegeben, sehr gerne mit ihren Kindern spazieren zu gehen oder sie auf den Spielplatz zu begleiten und dann auch gerne mit der Nachbarin oder Familienangehörigen zusammensitzen. Sie habe auch angegeben, keine Ängste zu erleiden beim Shopping und sie genieße die Ruhe zu Hause (S. 13).

Zur depressiven Symptomatik hielten sie fest, eine solche sei zumindest für die vergangenen Wochen nicht zu erheben, habe die Beschwerdeführerin doch Freudfähigkeit sowie Interessen geschildert, insbesondere familiäre Kontakte wahrzunehmen, auch in die Natur zu gehen zum Laufen, mit den Kindern Zeit zu verbringen und schliesslich sogar sich beim Shopping in Kleidergeschäften ablenken zu können (S. 13).

Die Experten führten weiter aus, die von der Beschwerdeführerin aktuell angegebene Angst habe sich darauf bezogen, nicht alleine die Wohnung verlassen zu können, wiederholt in Menschenansammlungen und insbesondere im Zusammentreffen mit Männern in Angstzustände zu geraten. Die aktuell aus der Verhaltensbeobachtung nachvollziehbare Angst sei dabei am ehesten als Agoraphobie einzuschätzen. Hierbei spiele die klassische Agoraphobie der psychopathologischen Terminologie, nicht über freie Plätze gehen zu können, keine Rolle als diagnostisches Kriterium. Allerdings müsse in der interkulturellen Psychiatrie auch beachtet werden, dass es für türkische Frauen durchaus nicht einen besonderen Fall darstelle, stets in Begleitung von (weiblichen) Familienangehörigen zu spazieren oder einkaufen zu gehen. Die momentan noch vorhandene Symptomatik einer Agoraphobie möge in den Monaten zuvor noch deutlicher ausgeprägt gewesen sein und eventuell eben auch mit einzelnen anfallsartigen Ängsten bis hin zur Ausprägung mit Panikattacken vergesellschaftet gewesen zu sein. Die Beschwerdeführerin habe nämlich angegeben, bis vor ein paar Wochen nicht einmal zusammen mit den Kindern oder Familienangehörigen die Wohnung verlassen zu haben. Die Besserung sei also auf die Kombination aus fachärztlich psychiatrischer Behandlung und der medikamentösen Therapie zurückzuführen. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei auch der Umstand, dass im Blut ein entsprechender Wirkstoffspiegel nachweisbar sei, ein Hinweis auf das Erleiden einer krankheitswertigen Symptomatik und eine entsprechende Einsicht. Die Beschwerdeführerin habe auch angegeben, sich nach dem erstmaligen Auftreten der Symptomatik im Jahr 2005 zwischen 2007 und 2011 ganz gut gefühlt und normal die Familie versorgt und in Teilzeit (richtig: ab September 2009 vollzeitlich, Urk. 7/9 Ziff.

### **E. 3.2**

Dr. B.\_\_\_\_ schilderte in seinem Gutachten vom 25. Januar 2012 (Urk. 7/16/3-12) als geklagte Beschwerden stetige Angst, welche sich manchmal steigern, so dass das Herz im Hals spürbar sei. Es sei nicht jeden Tag gleich, manchmal zweimal pro Tag, dann auch wieder nicht, sie habe immer Angst, gehe nicht alleine aus dem Haus, nur in Begleitung des Mannes, der Schwester oder der Kinder. Sie habe auch Angst vor vielen Leuten im Café, in vollen Kaufhäusern, auf dem Bahnhof, verstärkt bei Auftauchen eines ungepflegt aussehenden Mannes, weil sie das an ihren Bruder erinnere, vor dem sie in ihrer Jugendzeit ständig in Angst geliebt habe. Zudem befürchte sie, wie ihr Bruder zu werden. Sie sei müde, die ganze linke Seite kraftlos, sie möchte ihre ganze Krankheit weghaben. Auch zu Hause könne sie nicht alleine sein, ertrage Lärm nicht (S. 5 f.).

Der Gutachter schilderte einen Angstanfall bei der ersten Untersuchung mit Weinen und Angst, der Puls jedoch lediglich bei 84, ohne spürbare Panik, ohne Atemnot, jedoch mit innerer Erregung. Nach kurzer Zeit habe sie sich beruhigt. Die Psychomotorik sei ungehindert gewesen, sie habe laut und kräftig gesprochen, habe einen mittelstarken Händedruck, keine schweissnassen Hände gehabt, sie habe eindringlich und auf ihre Beschwerden fixiert geredet bei geringer affektiver Modulation.

Immerhin habe sie gestrahlt,

als sie von ihren Kindern erzählt habe. Sie fühle sich ihren Ängsten (hauptsächlich Angst vor dem Alleinsein und Unfähigkeit, irgendetwas alleine tun zu können sowie eine allgemeine Grundangst vor Menschenmengen und ungepflegten Männern) ohnmächtig ausgeliefert. Zugleich gebe es Tage, die deutlich besser seien, an denen die Ängste nicht aufträten; dann sei sie auch fähig, allein mit ihren Kindern wegzufahren. Des Weiteren sei

eine Müdigkeit angegeben worden, bei der zweiten Untersuchung deutlich als Hangover imponierend. In einem einfachen Konzentrationsbelastungstest habe sich eine bewusste Verdeutlichungstendenz gezeigt. Psychiatrisch-diagnostisch handle es sich um eine Angsterkrankung, am adäquatesten als Agoraphobie zu bezeichnen, dies mit Blick auf die Hauptsymptomatik, nicht allein zu sein, das Haus nicht alleine verlassen zu können, nicht alleine reisen zu können, Angst vor Menschenmengen und an Bahnhöfen (S. 9).

Dr. B.\_\_\_\_ hielt fest, die beschriebene Agoraphobie entspreche, auch wenn sie durch psychosoziale Faktoren ausgelöst worden sei (Arbeitslosigkeit des Ehemannes, Spannungen am Arbeitsplatz), einem psychischen Leiden mit Krankheitswert, welches grundsätzlich geeignet sei, die Arbeitsfähigkeit einzuschränken. Erhöhte Ängstlichkeit und Angstbereitschaft bedeuteten einen erhöhten innerseelischen Energieverschleiss und verminderten die konzentrierte Belastbarkeit, Ausdauer und ganz allgemein die psychische Belastbarkeit. Die Ausprägung der Störung unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen ( Sorgen können für die Kinder, mit diesen alleine weggehen, sich kraftvoll für eigene Belange einsetzen können) wiesen darauf hin, dass es der Beschwerdeführerin zugemutet werden könne, im Rahmen von 50 % ausserhäuslich tätig zu werden (ab September 2011). Allerdings sei es adäquat, von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen und nicht von einer 100%igen, wie Dr. Z.\_\_\_\_ das implizit getan und die 50%ige Arbeitsfähigkeit lediglich als eine vorübergehende Eingewöhnungsphase betrachtet habe. Es werde sich zeigen müssen, ob die Beschwerdeführerin ihre immer wieder geäusserte Absicht, sie würde gerne arbeiten, auch in adäquater Masse in die Tat umsetzen und ihre zweifellos vorhandene Energie dazu nutzen, sich schrittweise ihren Lebensraum wieder zu erschliessen, wie sie das schon zweimal in ihrem Leben geschafft habe. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nach der ersten Stufe (50 % -Stelle) wieder voll arbeitsfähig sein werde (S. 9 f.).

### **E. 3.3**

Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, verwies mit Bericht vom 24. März 2012 (Urk. 7/17/5-6) auf eine bereits im Jahr 2005 erfolgte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wegen Ängsten und Panikattacken sowie die Neubehandlung ab April 2011 aus denselben Gründen. Er diagnostizierte eine generalisierte Angststörung mit Panikattacken und differentialdiagnostisch eine chronische Angst und depressive Störung gemischt sowie eine Agoraphobie. In anamnestischer Hinsicht verwies er auf die Schizophrenieerkrankung des zweitältesten Bruders der Beschwerdeführerin, welcher immer wieder tödlich aggressive und laute Perioden gehabt und um sich geschlagen habe. Sie sei von ihm auch seit der Kindheit immer wieder geschlagen worden. Der Ehemann sei seit einer Erkrankung in der Kindheit körperlich und intellektuell etwas beschränkt, was seine berufliche Laufbahn (Hilfsarbeiter) stark erschwere. Die Beschwerdeführerin habe neben ihrer Erkrankung immense Angst vor dem Verrücktwerden.

Der behandelnde Psychiater erwähnte eine reduzierte Psychomotorik, eine traurige Mimik und Gestik, eine erhöhte innere Spannung bei formal logisch-kohärentem, inhaltlich aber ängstlich-depressivem Denken. Er schilderte sodann eine verzweifelte Grundstimmung, eine erhöhte Schreckhaftigkeit, eine Agoraphobie, Panikattacken, Ein- und Durchschlafstörungen, Alpträume (mit Wirkung auch am Tag) sowie Angst vor dem Verrücktwerden, eine Antriebshemmung, Grübeln, Schuldgefühle (nicht arbeiten und zu ihren Kindern schauen zu können), Ärger über den Ehemann (keine starke Persönlichkeit,

der die Familie nicht ernähren könne und sie mit ihren Problemen alleine lasse), Freudlosigkeit, Lustlosigkeit sowie Trauer.

Dr. C.\_\_\_\_ attestierte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit unter Hinweis auf eine mittlerweile eingetretene Chronifizierung der Erkrankung.

#### **E. 3.4**

Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom regionalärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, erachtete in ihrem Bericht vom 30. März 2012 (Urk. 7/21/4-5) die Schlussfolgerungen von Dr. B.\_\_\_\_ als plausibel, welche nachvollziehbar die bestehenden Einschränkungen und die resultierende 50%ige Arbeitsfähigkeit ab und bis September 2011 begründeten. Sollte es zu einer Rentenprüfung kommen, sei eine Neubeurteilung in einem Jahr zu empfehlen. Aktuell seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig. Eine Schadenminderungspflicht sei nicht aufzuerlegen, die Beschwerdeführerin befinde sich in fachgerechter Behandlung.

#### **E. 4.1**

Im Rahmen des Revisionsverfahrens berichtete Dr. C.\_\_\_\_ am 21. September 2013 (Urk. 7/36/5-6) zu Händen der Beschwerdegegnerin und konstatierte eine unveränderte Situation. Obwohl die Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin zu 50% arbeitsfähig deklariert worden sei, sei sie nie in der Lage gewesen, eine Arbeit anzunehmen. Der Krankheitsverlauf habe sich mittlerweile chronifiziert. Sie sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Gründen 80% arbeitsunfähig. Die Prognose sei nicht gut.

#### **E. 4.2**

RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Hämatologie, ging mit Bericht vom 18. Dezember 2013 (Urk. 7/40/3) von einem unveränderten Gesundheitszustand aus und hielt fest, bei der neuen Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 80% handle es sich um eine abweichende Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhaltes.

#### **E. 5.1.1**

Vorweg ist festzuhalten, dass die Diagnose einer Agoraphobie von der Rechtsprechung nicht als ein sogenanntes unklares Beschwerdebild gefasst wird. Unter der Herrschaft der bisherigen Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage wurde hierzu lediglich festgehalten, dass ein unklares Beschwerdebild unter anderem vorliegen könne, wenn eine depressive Erkrankung und/oder eine Agoraphobie mit Panikstörung bloss als Begleiterscheinung eines psychogenen Schmerzgeschehens und nicht als ein selbstständiges, davon losgelöstes Leiden anzusehen sei (Urteil des Bundesgerichts 8C\_264/2014 vom 5. November 2014 E. 4.3.3).

Vorliegend besteht keine Schmerzstörung, sondern das Beschwerdebild geht im Wesentlichen in der psychischen Auffälligkeit der beklagten Angstzustände auf. Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art.

#### **E. 5.1.2**

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

## **E. 5.2**

Zu prüfen ist demgemäss, ob aufgrund der Befundlage die gestellte Diagnose und die daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit einleuchtend ist (E. 5.1.1) sowie ob die Symptomatik nicht in den psychosozialen Faktoren aufgeht, mithin, ob ein verselbständigter Gesundheitsschaden vorliegt. Beide Aspekte sind darauf hin zu beleuchten, ob sie von der Beschwerdegegnerin bei der ursprünglichen Rentenzusprache zweifellos unrichtig gewürdigt wurden.

### **E. 5.3.1**

Am Vorliegen eines psychischen Beschwerdebildes mit Krankheitswert besteht kein Zweifel. Sämtliche beteiligten Ärzte stellten übereinstimmend die Diagnose einer Agoraphobie und begründeten dies mit den erhobenen Befunden, welche im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin basieren. Diese bestehen in einer Angst, nicht alleine die Wohnung verlassen zu können, wiederholt in Menschenansammlungen und insbesondere im Zusammentreffen mit Männern in Angstzustände zu geraten (E. 3.1). Weiter hat die Beschwerdeführerin Angst vor vielen Leuten im Café, in vollen Kaufhäusern, auf dem Bahnhof, verstärkt bei Auftauchen eines ungepflegt aussehenden Mannes. Weiter befürchtete sie, auch an einer Schizophrenie zu erkranken (E. 3.2). Sodann wurde über weitere Auffälligkeiten berichtet wie verzweifelte Grundstimmung, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Albträume, Antriebshemmung, Grübeln, Schuldgefühle, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit sowie Trauer (E. 3.3).

### **E. 5.3.2**

Die psychosozialen Aspekte sind nicht weniger vielschichtig. So beschrieben die Ärzte vorweg die kritische Situation mit dem schizophrenen und zuweilen aggressiven Bruder der Beschwerdeführerin, die (erneute) Arbeitslosigkeit des Ehemannes (beim gleichen Arbeitgeber) sowie

einen verbal übergriffigen Vorgesetzten (E. 3.1). Diese Umstände wurden als auslösender Faktor für die Erkrankung erachtet (E. 3.2).

### **E. 5.3.3**

Die Ärzte verwiesen sodann auf die vorhandenen Ressourcen der Beschwerdeführerin sowie die intakten Abläufe im Alltag und erwähnten das Ausbleiben regelhafter Panikattacken oder Ängste, spazieren mit den Kindern und Besuch des Spielplatzes mit Nachbarn oder Familienangehörigen (mithin Sorgenkönnen für Kinder), shoppen und dabei die Ruhe geniessen, Freudefähigkeit, sich für eigene Belange einsetzen können (E. 3.1 und E. 3.2).

### **E. 5.3.4**

Angesichts dieser Umstände ergeben sich erhebliche Zweifel am Vorliegen einer andauernden psychischen Gesundheitsschädigung der Beschwerdeführerin. Fest steht, dass die Erkrankung durch die psychosozialen Umstände hervorgerufen wurde und die Frage, ob sich die Pathologie nicht darin erschöpft, nicht eindeutig beantwortet wurde. Dr. Z.\_\_\_\_ und Psychologin A.\_\_\_\_ stellten dies insofern in Frage, als sie die problematischen Umstände nur unter der einschränkenden Voraussetzung als Triggerfaktoren interpretierten, dass überhaupt eine eigenständige psychische Störung vorliege, und sie erachteten diese jedenfalls (auch aufgrund des Ausprägungsgrades) nicht als derart, dass eine anhaltende und über weitere Monate andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit

bestehe (E. 3.1). Dr. B.\_\_\_\_ beschrieb die Störung dagegen explizit als eigenständig, auch wenn sie durch psychosoziale Faktoren ausgelöst worden sei, diskutierte sie aber nicht detailliert im Rahmen der teilweise eklatant widersprechenden alltäglichen Verhaltensweisen (E. 3.2). Dr. C.\_\_\_\_ erkannte - obwohl behandelnder Psychiater - nicht einmal die ausgewiesenen Ressourcen der Beschwerdeführerin und liess deshalb auch eine Auseinandersetzung damit vermissen (E. 3.3).

#### **E. 5.3.5**

Trotz dieser massiven Bedenken ist zu berücksichtigen, dass alle beteiligten Ärzte eine psychische Pathologie erkannten und auch eine Arbeitsunfähigkeit attestierten. Insoweit die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung festhielt, Dr. Z.\_\_\_\_ habe in seinem Gutachten (E. 3.1) das Vorliegen eines psychischen Leidens verneint und eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert ( Urk. 2 S. 3 oben), erweist sich dies als aktenwidrig. Im erwähnten Gutachten wurde wohl die Dauerhaftigkeit der Einschränkung bezweifelt, aber mit einer Agoraphobie immerhin eine nach ICD-10 codierte Pathologie (F. 40.0) geschildert, auch wenn der Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungsfaktoren nicht schlüssig beantwortet wurde. Allerdings attestierten die Gutachter sehr wohl eine Arbeitsunfähigkeit, und zwar eine solche von 100 % . Erst nach Intensivierung der Psychotherapie erachteten sie innerhalb von zwei Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und nach einem weiteren Monat von 100 % als erreichbar . Damit stellten sie indes lediglich eine Prognose, weshalb für den Begutachtungszeitpunkt grundsätzlich von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

Die Problematik in der Sachverhaltsermittlung besteht vorliegend darin, dass die am 1 1. Juli 2012 erfolgte Rentenzusprache

die Situation nach Ablauf des Wartejahres (April 2012, vgl. dazu Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG) zu beleuchten hatte und in diesen Zeitpunkt die Verhältnisse bei der Begutachtung (Juli 2011) gar nicht mehr von Relevanz waren (beziehungsweise nur in Bezug auf die Erfüllung des Wartejahres). Die Beschwerdegegnerin unterliess es, die Beschwerdeführerin den Gutachtern nochmals vorzustellen, weshalb die prognostizierte Steigerung der Arbeitsfähigkeit - nach der offenbar missglückten Therapie bei Dr. C.\_\_\_\_ - nicht validiert wurde. Damit kann aber auch nicht ohne Weiteres von einem verbesserten Zustand ausgegangen werden.

Die Beschwerdegegnerin nahm allerdings gleichwohl eine Überprüfung der Verhältnisse vor und liess die massgebliche Frage der Arbeitsunfähigkeit demgemäss nicht ungeklärt. Sie stützte sich dabei aber nicht auf eine erneute Einschätzung der beauftragten Gutachter, sondern auf den Parteigutachter Dr. B.\_\_\_\_ , welcher die Beschwerdeführerin im Januar 2012 und damit zeitnaher vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung untersucht hatte. Dass die Beschwerdegegnerin dessen Einschätzung als plausibel erachtete ( Urk. 7/21/4 unten), erscheint wohl als fraglich, aber nicht als zweifellos unrichtig. Dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit besteht, kann bei der vorliegenden Aktenlage nicht gesagt werden. Immerhin gingen die Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ und Psychologin A.\_\_\_\_ selber von einer gänzlich aufgehobenen Arbeitsfähigkeit aus und erweist sich eine - durch Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte - Verbesserung auf 50 % (statt der erwarteten 100 % ) nicht als schlechterdings abwegig.

#### **E. 5.3.6**

Da raus ergibt sich, dass die rentenzusprechende Verfügung vom 1. Juli 2012 wohl als diskutabel, nicht aber als zweifellos unrichtig zu qualifizieren ist. Eine Wiedererwägung fällt ausser Betracht, weshalb die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben ist.

#### **E. 5.4**

Das (verständliche) Unbehagen der Beschwerdegegnerin kann einzig im Rahmen einer Revision behoben werden, zweckmässigerweise nach Auferlegung einer Schadenminderungspflicht im Sinne einer genügend frequenten Psychotherapie bei einem versierten Psychiater. Dabei dürfte auch die Thematik der Doppelbelastung der Beschwerdeführerin zu thematisieren sein, denn die fehlende Fähigkeit nebst einem Vollzeitpensum noch zwei Kinder zu erziehen und dabei stets ausgeglichen zu agieren muss nicht zwangsläufig einer psychischen Erkrankung gleichkommen. Diese Fragen sind allerdings nicht in diesem Verfahren zu beleuchten. 6. 6 .1

Gemäss 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 sind sie ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen und auf Fr. 800.-- festzusetzen. 6 .2

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht. Diese ist vorliegend unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'000.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 15. Januar 2015, aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Pensionskasse F.\_\_\_\_ 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, zuzu stellen.

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

## **E. 6**

ff. und insbesondere Art.

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG ist ohnehin die medizinische Befundlage . Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchser heblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fach ärzt lich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hin weis).

## **E. 8**

ATSG ist - auch bei psychischen Erkran kungen - 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 vor handen sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszu ständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der sozio kul turellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne ver selbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invali dität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokul turellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein inva lidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentli chen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen ver selbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Fol gen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinwei sen).

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