

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00606 vom 30. September 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00606](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00606)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00606 du 30 septembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00606 del 30 settembre 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). 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**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

### **E. 1.3**

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

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 einleuchtet 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. 2**

Die Versicherte erhob am 1. Juni 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 29. April 2015 (Urk. 2) mit dem Antrag, diese sei aufzuheben und es sei die bis herige Rente weiter auszurichten (Urk. 1 S. 2 oben Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2015 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 11. September 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die Beschwerden der Beschwerdeführerin seien nicht als invalidisierend im Rechtssinne zu werten (S. 3 oben). Vom eingeholten Gutachten ausgehend könnten die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht bestätigt werden; mithin könne nicht von einer deutlich ausgeprägten Persönlichkeitsänderung ausgegangen werden (S. 3 unten). Diagnostiziert werde eine leichte depressive Episode, die grundsätzlich als therapeutisch angebar gelte (S. 4 oben). Würde auf die Diagnose einer PTBS abgestellt, ergäbe die Prüfung an hand der massgeblichen rechtlichen Kriterien, dass sie keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstelle (S. 4).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Rentenzusprache sei nicht wegen eines sogenannten unklaren Beschwerdebildes erfolgt, weshalb eine Rentenaufhebung ohne Vorliegen von Revisionsgründen im Sinne von Art. 17 ATSG nicht zulässig sei (S. 5 f. Ziff. 8 ff.), ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG liege nicht vor (S. 6 f. Ziff. 13 f.), und das polydisziplinäre Gutachten sei mangelhaft, da darin nicht auf die von behandelnder Seite diagnostizierte PTBS eingegangen werde (S. 7 f. Ziff. 15).

#### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die verfügte Rentenaufhebung zulässig ist und insbesondere, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG (vorstehend E. 1.2) gegeben ist.

#### **E. 3.1**

Vom 10. bis 31. Juli 2003 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der Klinik Y.\_\_\_\_, wo gemäss Austrittsbericht vom 6. August 2003 (Urk. 6/8/12-13) folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 1 Mitte): - Fibromyalgie (13 von 18 Punkten) mit - Colon irritabile - reaktiver depressiver Erschöpfung - Polyarthralgien (besonders Hände und Füsse) mit - Morgensteifigkeit und Nachtschmerzen - lumbospondylogenes Syndrom rechts mehr als links - Differentialdiagnose (DD): lumboradikuläres Syndrom S1 rechts mehr als links -

Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) September 1998

Attestiert wurde eine „50%ige Arbeitsfähigkeit halbtags“ ab 4. August 2003 (S. 2 Mitte).

### **E. 3.2**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, führte in ihrem Bericht vom 18. Dezember 2003 (Urk. 6/8/1-7) aus, dass sie die Beschwerdeführerin seit dem 5. Mai 2003 be handle (lit. D.1) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - Polyarthralgien (insbesondere beider Hände) unklarer Genese mit - Morgensteifigkeit und Nachtschmerzen - DD -

reaktive Arthralgien (postgrippal) - seronegative rheumatoide Arthritis - lumbospondylogenes Syndrom rechts mehr als links, seit Januar 2003 - DD: lumboradikuläres Syndrom (LRS) S1 rechts mehr als links - Fibromyalgie mit - Colon irritabile - reaktiv depressiver Erschöpfung - Status nach HWS-Distorsion September 1998

Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, bei gescheitertem Arbeitsver such vom 2. bis 14. April 2003 (lit. B).

### **E. 3.3**

Med. pract. A.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 24. Januar 2004 (Urk. 6/9) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit dem 15. August 2003 (lit. D.1), und nannte folgende, seit Januar 2003 bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - F32.2 schwere depressive Episode mit ausgeprägtem somatischem Syn drom - Fibromyalgie - DD: F62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung)

Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 22. Januar 2003 in der bisherigen Tätigkeit (lit. B). Zur Prognose führte sie aus, bei Status nach le bensgefährlicher Kindsmisshandlung im Alter von 9-15 Jahren sei nach dem Ausbruch einer Fibromyalgie ein völliger psychischer Zusammenbruch erfolgt. Es sei eine Besserung zu erwarten, die voraussichtliche Therapiedauer (eventuell auch stationär) betrage mindestens zwei bis drei Jahre (lit. D.7).

### **E. 3.4**

Am 10. Juni 2004 wurde seitens des medizinischen Dienstes der Beschwer-degeg nerin festgestellt, im Moment sei die Beschwerdeführerin effektiv als zu 100 % arbeitsunfähig zu taxieren; eine Revision sollte aber in 12-18 Mo naten erfolgen (Urk. 6/12 S. 2 Mitte). In der Folge sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 4. August 2004 eine ganze Rente ab Januar 2004 zu (Urk. 6/17).

### **E. 4.1**

Vom 7. bis 18. März 2005 weilte die Beschwerdeführerin stationär im O.\_\_\_\_-Spital B.\_\_\_\_, wo gemäss Austrittsbericht vom 22. März 2005 eine chronische Fibromyalgie und eine reaktive Depression diagnostiziert wurden (Urk. 6/23/10-12).

Dr. Z.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 27. Februar 2006 (Urk. 6/23/1-5) die glei chen Diagnosen wie 2003 (vorstehend E. 3.2) sowie neu eine Struma nodosa mit Status nach Thyroidektomie am 7. Dezember 2005 und eine Antrumgastritis (lit. A), attestierte weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (lit. B) und führte zur Prognose aus, sie schlage vor, die Rente in 2 Jahren zu revidieren (lit. D.7).

Med. pract. A.\_\_\_\_ bezeichnete in ihrem Bericht vom 8. Mai 2006 den Gesundheitszustand als verschlechtert (Urk. 6/24 S. 1 Mitte).

Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin sodann am 2. Juni 2006 mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente (Urk. 6/28; s. auch Feststellungsblatt, Urk. 6/27).

#### **E. 4.2**

Dr. Z.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 11. November 2009 (Urk. 6/33/6-9) nebst den früher gestellten Diagnosen neu eine Sicca-Symptomatik beider Augen so wie rezidivierend Durchfall mit Bauchschmerzen mit der Verdachtsdiagnose einer Zöliakie, unter Diät gebessert (Ziff. 1.1), und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen (Ziff. 1.6) wie auch in angepasster Tätigkeit (Ziff. 1.9).

Med. pract. A.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 16. November 2009 (Urk. 6/34) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierend Depression (F33.1) seit 2002 - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - rheumatologische Erkrankung, rezidivierende Infekte seit 2002 - Status nach Thyroidektomie 2005 - Verdacht auf Zöliakie

Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit seit 2003 (Ziff. 1.6) und führte unter anderem aus, mit der Wiederaufnahme einer Tätigkeit könnte im Umfang von 20-30 % ab 2011 gerechnet werden (Ziff. 1.9).

Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin sodann am 7. Dezember 2009 mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente (Urk. 6/36; s. auch Feststellungsblatt, Urk. 6/35).

#### **E. 4.3**

Dr. Z.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 28. April 2011 (Urk. 6/50/6-10) die gleichen Diagnosen wie 2009 (vorstehend E. 3.6). Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % und eine Arbeitsfähigkeit von 30 % versuchsweise ab dem 1. März 2011 für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit Ruhepausen dazwischen (Ziff. 1.6).

#### **E. 4.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, erstatteten am 3. Dezember 2012 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/75/1-14, Urk. 6/75/18-35).

Im psychiatrischen Gutachten (Urk. 6/75/1-14) wurden folgende Diagnosen gemäss ICD-10 gestellt (S. 7 Ziff. 4): - F45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung - F33.0/1 rezidivierende depressive Störung, schwankend zwischen leicht bis mittelgradig - Z61 negative Kindheitserlebnisse

In ihrer interdisziplinären Beurteilung (Urk. 6/75/16-17 = Urk. 6/75/43-44) führten die Gutachter aus, aus rein somatischer Sicht des Rheumatologen sei die Versicherte arbeitsfähig (S. 1 unten). Aus psychiatrischer Sicht könne die vom Rheumatologen festgestellte extrasomatische Schmerzkomponente als Ausdruck einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aufgefasst werden (S. 1 f.). Es habe sich die psychische Komorbidität ab 2011 verbessert und es sei deswegen zu einer Arbeitsfähigkeit von zirka 60 % bei der jetzt ausgeübten Tätigkeit gekommen. Für die früher ausgeübte Tätigkeit als selbständige Modeverkäuferin bestehe eine 60%ige Einschränkung (S. 2 oben).

#### **E. 4.5**

Am 30. September 2013 nahm med. pract. A.\_\_\_\_ gegenüber der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin Stellung, dies unter dem Titel „Arztbericht über die psychiatrische Behandlung von 2003 bis 2013“ und „Stellungnahme zum Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_“ vom 3. Dezember 2012 (Urk. 6/91). Darin übte sie dezidierte Kritik am genannten Gutachten und wies unter anderem darauf hin, der Erfolg der stattgefundenen Behandlung zeige die Richtigkeit der von ihr gestellten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), denn eine falsche Diagnose hätte zu einer falschen (und damit sinngemäss: erfolglosen) Behandlung geführt (S. 15 Mitte). Die einschlägigen 27 Befunde seien aktuell bis auf drei alle in der leichten Form vorhanden; 2003 seien die meisten davon in der schweren Form ausgeprägt gewesen (S. 19 oben). Die Patientin wäre in der Lage, die 15-20 % der alten Tätigkeit als Geschäftsführerin aufzunehmen (S. 13 unten). Die jetzige Arbeit als Betriebsassistentin in einem Kinderhort liege weit unter - nämlich rund 40 % - unter dem früheren beruflichen Anforderungsniveau (S. 14 oben). Eine Steigerung des Pensums von heute 30 % auf 50 % als Betriebsassistentin hätte sie in ein bis zwei Jahren für möglich gehalten (S. 14 Mitte).

#### **E. 4.6**

Am 26. September 2014 erstatteten die Ärzte des (E.\_\_\_\_) ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/109/1-23). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.) und drei Teilgutachten psychiatrischer (Urk. 6/109/24-38), internistischer (Urk. 6/109/39-44) und rheumatologischer (Urk. 6/109/45-52) Richtung.

Die Gutachter nannten folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit (S. 19 lit. F Ziff. 1): - rezidivierende depressive Störung, leichte depressive Episode (F33.0)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 19 lit. F. Ziff. 2): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Status nach Thyreoidektomie bei Struma nodosa, Substitution mit Euthyrox - Reizdarmsyndrom - panalgisch/fibromyalgisches Schmerzsyndrom, Halswirbelsäulen- und Rumpf-betont, langjährig chronifiziert - Polyarthralgie unklarer Zuordnung, vermutlich im Rahmen des fibromyalgischen Syndroms - Hypermotilität, Hand-betont - Zustand nach Hallux valgus-Operation links

Die Verdachtsdiagnose auf eine Zöliakie sei nicht bestätigt worden (S. 19 lit. F Ziff. 2.5).

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führten die Gutachter aus, die Versicherte könne die bisherige Tätigkeit als Selbständigerwerbende etwa fünf Stunden täglich, entsprechend einem Pensum von 60 %, ausüben; dabei bestehe keine weitere Minderung der Leistungsfähigkeit. Die derzeit verrichtete Tätigkeit als Kinderhort-Mitarbeiterin könne die Versicherte medizinisch-theoretisch fünf Stunden täglich, ohne Minderung der Leistungsfähigkeit, ausüben, so dass dafür eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 60 % bestehe (S. 20 Mitte).

Zum Belastungs-/Ressourcenprofil führten sie aus, die Versicherte könne Tätigkeiten durchschnittlicher geistiger Art, mit durchschnittlichen Verantwortungsbereichen, ohne besonderen Zeitdruck, ohne hohe Anforderungen an Konfliktfähigkeit oder interaktionelle Kompetenz ausüben. Dabei sei es ihr möglich, körperlich mittelschwere Arbeiten aus wechselnder Körperposition heraus zu verrichten (S. 20 oben).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit führten sie aus, die Versicherte könne Tätigkeiten im beschriebenen Belastungsprofil täglich entsprechend einer Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 60 % ausüben; eine darüber hinaus gehende Minderung der Leistungsfähigkeit liege nicht vor (S. 20).

Spätestens seit Sommer 2012 sei von einer Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 40 % für die bisherige Tätigkeit als Selbständigerwerbende und von 60 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen. Seither sei eine weitere Stabilisierung eingetreten, so dass aus heutiger Sicht auch in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % vorliege (S. 20 unten).

Bezüglich einer allfälligen Veränderung sei der letzten Revision führten die Gutachter ferner aus, es bestehe eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes. Die frühere mittelschwere, teilweise bis zu schwere depressive Störung habe sich deutlich gebessert, es sei eine Teilremission der depressiven Erkrankung eingetreten. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung erreiche keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Die geäusserte Diagnose einer Persönlichkeitsänderung könnten sie nicht bestätigen, auch nicht das Vorliegen einer PTBS (S. 21 lit. H).

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/109/24-38) wurde unter anderem dargelegt, in ihrer Stellungnahme zum Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ habe med. pract. A.\_\_\_\_ (im September 2013) ausgeführt, es bestehe eine schwere komplexe Form der posttraumatischen Stresserkrankung; die depressive Symptomatik sei von einer anfänglich schweren Form mittlerweile zu einer mittelschweren und teilweise leichten Form der Depression remittiert (S. 34 f.). Aktuell zeige sich bei der Versicherten das Bild einer leicht ausgeprägten, teilweise angstgetönten depressiven Episode. Mit Blick auf den bisherigen Verlauf müsse die Diagnose einer leichten depressiven Episode einer rezidivierenden Depression (F.33.0) gestellt werden. Teilweise möge vor allem in der Vergangenheit die depressive Symptomatik auch einen mittelschweren Ausprägungsgrad gehabt haben; die von Dr. C.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer rezidivierenden Depression von leichter, zeitweilig mittelschwerer Tiefe, sei daher zu bestätigen (S. 35 oben).

Ferner leide die Versicherte an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere jedoch nicht, da keine schwerwiegende Komorbidität vorliege, ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen ebenfalls nicht festzustellen sei und man sich von einem primären Krankheitsgewinn nicht überzeugen könne; auch bestehe keine Therapieresistenz (S. 35 Mitte).

Die von der behandelnden Psychiaterin geäusserte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung könne man hingegen - aus näher dargelegten Gründen - nicht bestätigen; die Symptome einer PTBS seien ebenfalls nicht zu bestätigen (S. 35 unten).

#### **E. 4.7**

Am 11. März 2015 erstatteten die Fachpersonen der (F.\_\_\_\_) einen Bericht (Urk. 6/126). Sie führten aus, die Beschwerdeführerin sei vom 11. Dezember 2014 bis am 4. März 2015 in der Spezialstation für Traumafolgestörungen der F.\_\_\_\_ stationär behandelt worden (Ziff. 1.3), und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - komplexe posttraumatische Belastungsstörung F43.1 bestehend seit dem Jugendalter, Exazerbation 2003 - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Polyarthralgie unklarer Genese - Fibromyalgie - lumbospondylogenes / lumboradikuläres Syndrom rechts mehr als links - epigastrische

Schmerzen (Sz) - leichte depressive Episode F32.0 - chronische Diarrhoe -  
Differentialdiagnose (DD) Reizdarmsyndrom - Hepatitis B Infektion Januar 2015 - DD akut  
Flare einer chronischen Infektion - Infektionszeitpunkt unklar, HDV negativ

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen substituierten  
Vitamin D-Mangel, einen Status nach Hallux valgus-Operation links im Oktober 2014 mit  
Schraubenentfernung nach Lockerung im Januar 2015, einen Status nach Strumektomie  
2005 und einen Status nach Cervixdysplasie 2006 (Ziff. 1.1 am Ende).

Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % während der Hospitalisation und von  
80 % ab 9. März 2015 (Ziff. 1.6). Mittelfristig könne mit keiner Erhöhung der  
Einsatzfähigkeit gerechnet werden; längerfristig sei eine Erhöhung je nach Therapieerfolg  
jedoch denkbar (Ziff. 1.9).

Die Versicherte verfüge über einige Ressourcen. Erwähnenswert seien gute soziale  
Kompetenzen, Durchhaltevermögen, ein kleines aber tragfähiges soziales Netz sowie eine  
ausgeprägte Arbeitsmotivation. Diese verbesserten - sofern die vorgeschlagene  
expositionorientierte Traumatherapie greife - die eher ungünstige Prognose längerfristig  
(Ziff. 1.11).

#### **E. 5.1**

Im Rahmen der 2006 und 2009 durchgeführten und mit blosser Mitteilung abgeschlossenen  
Revisionsverfahren (vorstehend E. 4.1 und 4.2) erfolgte keine materielle Prüfung des  
Rentenanspruchs mit - unter anderem - Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung.

Dementsprechend ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes anhand eines Vergleichs mit  
dem 2004 zugrunde gelegten Sachverhalt zu prüfen (vgl. vorstehend E. 1.3).

#### **E. 5.2**

In den - lediglich drei - 2003 und 2004 erstatteten Arztberichten wurden zur Hauptsache  
folgende Diagnosen genannt: - Fibromyalgie, lumbospondylogenes Syndrom, Status nach  
HWS-Trauma 1998 (vorstehend E. 3.1) - Polyarthralgien insbesondere beider Hände,  
Fibromyalgie, lumbospondylogenes Syndrom, Status nach HWS-Trauma 1998 (vorste-  
hend E. 3.2) - schwere depressive Episode, Fibromyalgie, DD andauernde Persönlichkeits-  
änderung nach Extrembelastung (vorstehend E. 3.3)

Die Arbeitsfähigkeit wurde für August 2003 mit 50 % veranschlagt (vorstehend E. 3.1),  
während sodann im Dezember 2003 (vorstehend E. 3.2) und im Januar 2004 (vorstehend E.  
3.3) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert wurde.

Daraus wurde seitens des medizinischen Dienstes auf eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit von  
100 % geschlossen, verbunden mit der Empfehlung, in 12-18 Monaten eine Revision  
durchzuführen (vorstehend E. 3.4).

#### **E. 5.3**

Die behandelnde Rheumatologin attestierte 2006 (vorstehend E. 4.1) und 2009 (vorstehend  
E. 4.2) weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit; 2011 attestierte sie hingegen eine  
Arbeitsunfähigkeit von noch 70 % und eine Arbeitsfähigkeit von 30 % versuchsweise  
(vorstehend E. 4.4).

Die Ende 2012 berichtenden Gutachter diagnostizierten eine anhaltende somatoforme  
Schmerzstörung und eine rezidivierende depressive Störung, zwischen leicht und

mittelgradig schwankend, und führten aus, die Arbeitsfähigkeit habe sich verbessert und betrage 60 % in der aktuell ausgeübten Tätigkeit (vorstehend E. 4.4).

Im September 2013 bezeichnete die behandelnde Psychiaterin eine Arbeitsfähigkeit von 50 % statt bisher 30 % als in 1-2 Jahren als möglich (vorstehend E. 4.5).

Die E.\_\_\_\_-Gutachter nannten im September 2014 eine nunmehr leichtgradig ausgeprägte Depression als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die ebenfalls diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung erachteten sie als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; eine Persönlichkeitsänderung wie auch eine PTBS liess sich ihres Erachtens nicht diagnostizieren. Sie attestierten eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in - näher umschriebenen - leidensangepassten und auch der angestammten Tätigkeit (vorstehend E. 4.6).

#### **E. 5.4**

Den bis dahin genannten Berichten lässt sich weitgehend übereinstimmend eine Verbesserung im Verlauf entnehmen. 2004 war eine schwere depressive Episode diagnostiziert worden. 2012 wurde die rezidivierende depressive Störung als zwischen leicht und mittelgradig schwankend beurteilt und 2014 als nur noch leichtgradig ausgeprägt. Auch die behandelnde Psychiaterin machte 2013 geltend, sie habe die von ihr als PTBS diagnostizierte psychische Beeinträchtigung richtig und erfolgreich behandelt; 2003 seien fast alle massgebenden Befunde in schwerer Form ausgeprägt gewesen und heute fast alle nur noch leicht (vorstehend E. 4.5). Parallel dazu ist eine Verbesserung der attestierten Arbeitsfähigkeit festzustellen, dies auch, wie wohl etwas zurückhaltender, von behandelnder Seite. 2003/2004 wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, 2012 und 2014 hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in angepasster und der aktuell ausgeübten Tätigkeit.

#### **E. 5.5**

In augenfälligem Kontrast dazu steht die Beurteilung der Fachpersonen der Spezialstation für Traumafolgestörungen der F.\_\_\_\_ im März 2015: Sie nannten als Diagnose eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung bestehend seit dem Jugendalter mit Exazerbation 2003, und schlossen auf eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % (vorstehend E. 4.7). Es ist deshalb zu prüfen, als wie nachvollziehbar diese Beurteilung einzustufen ist.

Die behandelnde Psychiaterin nannte in ihrem Bericht vom Januar 2004 als Diagnose an erster Stelle eine schwere depressive Episode und lediglich als Differentialdiagnose eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung; eine PTBS diagnostizierte sie damals nicht (vorstehend E. 3.3). Erstmals nannte sie eine PTBS als Diagnose in ihrem Bericht vom November 2009 (vorstehend E. 4.2), und 2013 machte sie geltend, sie habe diese richtig und erfolgreich behandelt (vorstehend E. 4.5).

Umgekehrt wurde im Bericht der Fachpersonen der Spezialstation für Trauma - folgestörungen 2015 zwar als Diagnose eine - seit dem Jugendalter bestehende - PTBS genannt, gleichzeitig aber auch deren Exazerbation 2003 fest gehalten. Nicht nachvollziehbar bleibt damit, als wie ausgeprägt vorhanden die Fachpersonen 2015 die von ihnen postulierte PTBS einstufen: Einerseits datierten sie deren Exazerbation auf 2003, andererseits attestierten sie aktuell in deren Gefolge eine weit über alle anderen Beurteilungen hinausgehende Arbeitsunfähigkeit.

Die Rechtsprechung ist in der Annahme einer anspruchrelevanten PTBS regel mässig zurückhaltend, zurückhaltender jedenfalls als die Diagnosepraxis aus behandelnder Sicht. So wird davon ausgegangen, dass der Verlauf wechselhaft ist, in der Mehrzahl der Fälle jedoch eine Heilung erwartet werden

kann (zur Publikation vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.1). Progrediente Entwicklungen widersprechen dem zu erwartenden degressiven Charakter posttraumatischer Störungen; die Herleitung und Begründung der Diagnose hat besonderes Gewicht (Urteile des Bundesgerichts 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.2 und 9C\_687/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2). Des Weiteren bedarf die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung einer eingehenden Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen bis (sechs) Monate. Eine besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_195/2015 E. 3.3.3), wobei ein nur gelegentliches Auftreten von Flashbacks oder Alpträumen nicht genügt, um eine PTBS zu begründen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.3; 8C\_375/2014 vom 10. Februar 2015 E. 3.2 und 8C\_483/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 4.2-3 mit Hinweisen).

Schliesslich weist das Bundesgericht regelmässig auf den Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hin, dem bei der Würdigung medizinischer Berichte Rechnung zu tragen ist (vgl. etwa Urteile 9C\_169/2015 vom 12. Oktober 2015 E. 4.2.2, 8C\_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2 und 8C\_567/2010 vom 19. November 2010 E. 3.2.2). Ganz besonders betont wurde dies angesichts einer Beurteilung durch eine auf Folterfolgen spezialisierte Ärztin, wo der Eindruck entstand, dass darin die Auseinandersetzung mit der belastenden Vorgeschichte zu sehr im Mittelpunkt der Untersuchung standen.

habe und dadurch ein verzerrtes Bild der Versicherten gezeichnet worden sei. Demgegenüber wurde der Beurteilung durch einen nicht mit der Versicherten vorbefassten Gutachter eine repräsentativere Wahrnehmung zugebilligt (Urteil des Bundesgerichts I 715/05 vom 27. Januar 2006 E. 6.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts I 812/04 vom 14. Januar 2006 E. 2.4).

In Anwendung dieser Rechtsprechung ist bezogen auf die Diagnosestellung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Fachpersonen der Spezialstation für Traumafolgestörungen die gleiche Zurückhaltung angezeigt. Umso mehr fällt ins Gewicht, dass dem entsprechenden Bericht nicht zu entnehmen ist, aus welchen Gründen 2015 wiederum eine PTBS habe diagnostiziert werden können, deren Exazerbation gleichzeitig auf 2003 datiert wurde und von der die behandelnde Psychiaterin 2013 angab, sie habe sie erfolgreich behandelt. Noch weniger begründet erscheint der Umfang der postulierten Arbeitsunfähigkeit.

Aus diesen Gründen erweist sich die Beurteilung durch die Fachpersonen der Spezialstation für Traumafolgestörungen als zu wenig überzeugend, um den in allen anderen Beurteilungen dokumentierten positiven Verlauf (vorstehend E. 5.4) in Frage stellen zu können.

## **E. 5.6**

Somit ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass im Vergleich zum Sachverhalt im Jahr 2004 ein deutlich gebesserter Gesundheitszustand im Sinne einer nur

noch leichtgradig ausgeprägten Depression besteht.

Damit ist ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (vorstehend E. 1.2) ausgewiesen und eine Prüfung der 2004 zugesprochenen Rente zulässig und angezeigt. Die Frage, wie es sich mit einer Anspruchsprüfung ohne eigentlichen Revisionsgrund verhielte (vgl. Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 8 ff.), stellt sich dem entsprechend gar nicht.

### **E. 5.7**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). Daran, dass gemäss der bundesgerichtlichen Praxis leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel als therapierbar gelten

und invalidenversicherungspflichtig zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C\_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.4, 9C\_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1, 9C\_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C\_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013), hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C\_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2).

### **E. 5.8**

Im Lichte dieser Rechtsprechung ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin die Eignung der einzig verbliebenen Diagnose einer leichten depressiven Episode, eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen, verneinte.

Dementsprechend erweisen sich auch die angefochtene Verfügung und die damit erfolgte Renteneinstellung als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

### **E. 6**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge-

stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Tiefenbacher

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