

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00259 vom 28. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00259](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00259)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00259 du 28 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00259 del 28 luglio 2017

## **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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

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 1. 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.

Liegt in beschriebenen Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend („allseitig“) zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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, Beweismwürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 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 Vorakten (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). 2.

#### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 22. Februar 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei ihr in Aufhebung der Verfügung vom 9. Februar 2016 weiterhin eine Invalidenrente zu gewähren. Eventualiter sei ein gerichtliches Obergutachten in Auftrag zu geben und hernach erneut über den Rentenanspruch zu befinden. Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 22. März 2016 (Urk. 5) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 23. März 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) insbesondere gestützt auf die

Ergebnisse der psychiatrischen Begutachtung von Dr. Z.\_\_\_\_ von einem verbesserten Gesundheitszustand aus und befand, seit Juni 2015 sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen und der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit im kaufmännischen Bereich wieder vollumfänglich zumutbar.

#### **E. 2.2**

Dagegen brachte die Beschwerdeführerin vor (Urk. 2), auf das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden. Dieses erfülle weder die Anforderungen nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung noch die im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) erarbeiteten Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten (S. 4). Die Beschwerdeführerin sei weder über die Rahmenbedingungen noch über den Zweck der Begutachtung informiert worden. Ferner fehlten Angaben zur Untersuchungsdauer. Es sei auch nicht angegeben worden, welche der verschiedenen Hamilton-Skalen angewandt worden seien, und es sei auch keine ausführlicher klinisch-psychiatrischer Befund erhoben worden (S. 5). Das Gutachten berücksichtige die geklagten Beschwerden nicht, welche in den Vorakten zur Bejahung einer Depression durch den RAD geführt hätten, und es werde

auch nicht erklärt, weshalb die Beurteilung des RAD und der behandelnden Psychiaterin unzutreffend seien, obwohl die Gutachterin die gleichen Beschwerden nenne. Diese habe auch die Frage des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung nicht geprüft, obwohl die Diagnose einer emotional in stabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus ICD-10 F60.31 diagnostiziert worden sei (S. 6 f.). Das Gutachten vom 5. Juni 2015 stelle damit keine Grundlage dar, um die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu bejahen und die ihr zuvor zugesprochene Dreiviertelsrente aufzuheben (S. 7). 3.

Massgebliche Vergleichsbasis im Revisionsverfahren bilden die medizinischen Grundlagen, wie sie im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 9. April 2013 vorgelegen haben.

Dazumal wurden der Beschwerdeführerin insbesondere gestützt auf die Untersuchung des RAD, Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie FMH, vom 5. Juni 2012 (Urk. 6/31) Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F33.1) und einer anamnestisch emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD 10 F60.31) zuerkannt. Die RAD-Ärztin hielt fest (S. 4), die Beschwerdeführerin habe bei der Verlaufsuntersuchung vom 5. Juni 2012 eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung aufgewiesen, mit hohem Dekompensationspotential bei anamnestisch bestehender Persönlichkeitsstörung mit emotional- instabilen Zügen und einem Alkoholabhängigkeitssyndrom, bei aktueller Abstinenz. Die Arbeitsunfähigkeit auf psychofunktionellem Leistungsniveau begründe sich aktuell wie folgt: Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei aufgrund der limitierenden depressiven Ängstlichkeit samt stressbedingt erlebten inneren Blockaden mindestens mittelgradig eingeschränkt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben seien aufgrund der Insuffizienzgefühle und der Angst Fehler zu begehen, mindestens mittelgradig eingeschränkt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei aufgrund der depressiven Ängstlichkeit und der inneren Blockiertheit bei Angst Fehler zu begehen, mittelgradig bis schwer eingeschränkt. Die Durchhaltefähigkeit sei aufgrund der depressiven Erschöpfbarkeit mindestens mittelgradig eingeschränkt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten/Selbstbehauptungsfähigkeit sei aufgrund der depressiven Symptomatik mindestens mittelgradig eingeschränkt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei aufgrund der bestehenden Erschöpfbarkeit mittelgradig eingeschränkt. Die Wegefähigkeit sei als uneingeschränkt zu erachten. Gesamthaft sei seit dem 17. Mai 2010 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte als auch in angepasster Tätigkeit auszugehen. Eine erneute Beurteilung sollte bei medizin- theoretisch zu erwartender Verbesserung des Gesundheitszustandes bei aktuell erfolgreicher psychiatrisch- psychotherapeutischer Behandlung in einem Jahr erfolgen (vgl. in diesem Zusammenhang auch den vor gängigen Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin vom 4. Januar 2012 [Urk. 6/21], die Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie vom 4. Mai 2012 [Urk. 6/29] und vom 19. August 2011 [Urk. 6/18] und die Berichte der C.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2011 [Urk. 6/17], vom 8. November 2010 [Urk. 6/9/6-10] und vom 19. Juli 2010 [Urk. 6/10/5-8] auf deren Grundlage zunächst mit Vorbescheid vom 20. Dezember 2012 [Urk. 6/37] die Zusage der Dreiviertelsrente ab 1. Mai 2011 in Aussicht gestellt und daran mit Verfügung vom 9. April 2013 festgehalten wurde [Urk. 6/44]). 4.

4.1

In dem von der Beschwerdegegnerin im Zuge des Revisionsverfahrens bei Dr. Z. \_\_\_ eingeholten Gutachten vom 29. April 2015 (Urk. 6/57) wurden keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 35).

Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden u.a. genannt: Störungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinente (ICD-10 F10.20), Dysthymia (ICD-10 F34.1), anamnestic rezidivierende leichte bis mittelgradige depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Es werde, so die Gutachterin, ein gut strukturierter Alltag beschrieben, worin die Beschwerdeführerin ihren Aufgaben im Haushalt, ihren Interessen, ihren Hobbies (u.a. Pflege von 73 Bonsai-Zwergbäumen, Aquarellmalen, „Lismen“) und der Pflege ihrer Haustiere sowie ihres Gartens konsequent nachgehe, wobei aus ihrer Schilderung ein eingependeltes friedliches Zusammenleben mit Ehemann und Sohn ableitbar sei, inklusive gemeinsamer Aktivitäten und Ferien. Die stützende psychiatrische Gesprächstherapie finde nur noch niederfrequent einmal monatlich statt. In ihrer Beurteilung hielt die Expertin fest, in psychopathologischer Hinsicht präsentiere sich in der aktuellen Begutachtung eine absolut schwingungsfähige, euthyme Beschwerdeführerin, bei der gegenwärtig keine relevanten kognitiven (inkl. Konzentrations-) Störungen, keine pathologischen formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, keine Störungen des Antriebs — insbesondere auch in der Schilderung des Tagesablaufs nicht —, keine relevanten Schlaf- oder Appetenzstörungen, keine Labilität oder Impulskontrollstörungen, kein pathologischer sozialer Rückzug und keine Suizidalität feststellbar seien. Die Beschwerdeführerin beschreibe dysphorische Gereiztheit, Reizbarkeit bei sozialen Anlässen und Verpflichtungen, mit Bedürfnis nach Rückzug und Pausen sowie auch grosse Bedenken bezüglich einer allfälligen Rückkehr in eine Arbeitstätigkeit, gerade aufgrund der dann befürchteten fehlenden Rückzugsmöglichkeit. Diese Befindlichkeiten könnten aber nicht mit einer etwaigen arbeitsmedizinisch relevanten psychiatrischen Krankheitsentität verbunden werden. Insbesondere lägen auch keinerlei Hinweise für eine genuine soziale Interaktionsstörung, Sozio- oder Agoraphobie vor. Die aktuell noch betonten subjektiven Beschwerden könnten diagnostisch höchstens als flüchtige dysphorische Verstimmungszustände im Rahmen einer Dysthymia zusammengefasst werden. Eine aktuelle klinische Depression sei auch psychometrisch durch die gegenwärtig niedrigen Scores auf den Hamilton-Skalen und den Montgomery-Asberg-Depressionsskalen widerlegt (S. 32 f.). 4.2

Aus psychopathologischer Sicht habe anlässlich der gutachterlichen Exploration keinerlei aktuelle relevante bzw. krankheitswerte Symptomatik objektiviert werden können, die eine verminderte Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft zu begründen vermöchte. Eine Arbeitstätigkeit im Vollpensum in der angestammten beziehungsweise letzten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte, insbesondere im administrativen Bereich, erscheine aus psychiatrischer Sicht absolut zumutbar, zumal keinerlei Hinweise auf ein strukturelles Persönlichkeitsproblem beziehungsweise keine Einschränkungen der Bewältigungsstrategien aufgrund eines etwaigen krankheitswertig konfigurierten Persönlichkeitsinventars vorlägen, und auch die ICD-10-Kriterien für eine anhaltende depressive Episode nicht mehr erfüllt seien. Auch psychometrisch sei das Vorliegen einer etwaigen klinisch bedeutsamen Depression nicht mehr nachweisbar. Der Zeitpunkt der Remission der depressiven Episode mit Erreichung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sei retrospektiv nicht mit abschliessender Sicherheit zu eruieren. Aus pragmatischer Sicht sei

dafür das Datum der aktuellen gutachterlichen Untersuchung anzunehmen. Schon zum Zeitpunkt der letzten Berichterstattung der behandelnden Psychiaterin Dr. B. \_\_\_ im Juli 2014 sei nur noch eine leicht- bis mittelgradige Depressivität bei anhaltender Alkoholabstinenz angenommen worden, was aus arbeitsmedizinischer Sicht mit einer zumindest 50%igen Arbeitsfähigkeit vereinbar sei (S. 33). Die von den stationären Behandlern (2006 bis 2011) verneinte, von der ambulante behandelnde Psychiaterin 2011 neu postulierte Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sei (in den Berichten der Psychiaterin) nicht anhand der notwendigen ICD-10-Kriterien und den Tatsachen der bewiesenen Ressourcen und Eigenheiten in der Erwerbs- und Beziehungsbiographie und der Bedürfnisbefriedigungskapazitäten geprüft worden. Schon die ICD-10-Eingangskriterien für eine etwaige Persönlichkeitsstörung gemäss Kategorie F60 seien als nicht erfüllt einzustufen. Die Beschwerdeführerin weise ein normvariantes Persönlichkeitsinventar mit gut ausgebautem affektivem Spektrum auf. Hinweise für „borderlinetypische“ Autodestruktivität beziehungsweise Selbstverletzungen lägen nicht vor. Suizidgedanken seien bei der Beschwerdeführerin im Jahr 2006 und zuletzt im Jahr 2009 situationsbedingt aufgetreten und seien auch kaum als charakterologische Eigenheit einzuordnen. Die Beschwerdeführerin weise ein absolut normvariantes Streben nach Gelingen von Bedürfnis- und Lebensentwurfsbefriedigung und insbesondere auch im gutachterlichen Gespräch feststellbare gute beziehungsweise gut mobilisierbare soziale Kompetenzen auf. Auch eine eigentliche emotionale Instabilität mit raschem Stimmungswechsel könne nicht festgestellt werden. Es sei, wie auch für die akute kundige Depressivität, hier die Frage nach dem Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit zu stellen. Mit der nun konsequenten Alkoholabstinenz sei eine Normalisierung und Stabilisierung der Stimmung erreicht worden. Für eine etwaige emotional instabile Persönlichkeitsstörung (nach ICD-10 „Borderline Typ F60.31“) seien die Kriterien nicht erfüllt und es lägen auch keinerlei Anhaltspunkte für ein überdauerndes Muster von relevanten Selbstverletzungen oder Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung jenseits von Krisen bei Alkoholintoxikation vor. Die erhobene Beziehungsanamnese belege in keiner Weise ein Muster etwaiger intensiver, instabiler Beziehungen oder übertriebener Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden. Sie erscheine auch in ihren inneren Präferenzen (einschliesslich sexuellen) gut gefestigt und es könnten weiter auch keine für das Borderline-Organisationsniveau typische Ich-Störungen (Ich-Diffusion, brüchige Ich-Demarkation, fehlende Selbst- und Objektkonzepte) festgestellt werden. Die phasenweise fragile Selbstwertregulation, ohne dass die Interaktion auf überdauernde Pathologiemerkmale schliessen lasse, sei psychodiagnostisch korrekt als akzentuierter Persönlichkeitsstil im Sinne akzentuierter selbstunsicherer Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) einzuordnen (S. 34 f.). 5.

## 5.1

Zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, welcher eine Aufhebung der seit 1. Mai 2011 zugesprochenen Dreiviertelrente per 31. März 2016 rechtfertigt. 5.2

### 5.2.1

Es steht aufgrund der Akten fest und ist auch nicht bestritten, dass eine rezidivierende depressive Störung mit zum damaligen Zeitpunkt mittelgradiger Episode bei hohem Dekompensationspotential und

anamnestisch bestehender Persönlichkeitsstörung mit emotional- instabilen Zügen sowie einem Alkohol abhängigkeitsyndrom zur Berentung führte (vgl. E. 3 hiervor). Dabei wurde bereits seinerzeit davon ausgegangen, dass die Weiterführung der Behandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwarten lasse (vgl. Urk. 6/31/4). In diesem Zusammenhang hielt die behandelnde Psychiaterin Dr. B.\_\_\_\_ fest, dass in erster Linie die Depression — wobei sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode diagnostizierte — beziehungsweise die emotionale Instabilität für die aktuelle Arbeitsunfähigkeit verantwortlich sei und davon ausgegangen werden dürfe, dass die Depression abklinge und die volle Arbeitsfähigkeit wieder eintreten werde (Bericht vom 4. Mai 2012, Urk. 6/29/3). Gemäss ihrem aktuellsten Bericht vom 4. Juli 2014 stellte sie mit Blick auf die depressive Symptomatik lediglich noch eine leichte bis mittelgrade Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung fest (vgl. Urk. 6/52). Sodann zeichnete sich die Verbesserung der Symptomatik auch in der Behandlungsfrequenz ab, fanden doch ursprünglich wöchentliche Sitzungen (Urk. 6/18/3, Bericht vom 19. August 2011) später eine Sitzung alle zwei Wochen (Urk. 6/29/3, Bericht vom 4. Mai 2012) und schliesslich noch

eine Sitzung alle drei Wochen (Urk. 6/52/3 Bericht vom 4. Juli 2014) statt .

Bereits darin ist eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse zu erblicken, welche es erlaubt, unter dem Titel von Art. 17 Abs. 1 ATSG den Invaliditätsgrad neu und ohne Bindung an die frühere Invaliditätsschätzung zu ermitteln (vgl. E. 1.3 hiervor) .

#### 5.2.2

Die Beschwerdegegnerin stellte hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzung im psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ ab (Urk. 6/59). Besagte Expertise enthält vorab Angaben zum Anlass der Begutachtung unter Darstellung des Untersuchungsauftrages (S. 2). Sodann standen der Expertin die Akten der Invalidenversicherung zur Verfügung, wobei die wesentlichsten Berichte im Gutachten auszugsweise wiedergegeben wurden (S. 2 und S. 3 bis S. 13). Anlässlich der eigenen Untersuchung erhob Dr. Z.\_\_\_\_ eine strukturierte Familienanamnese (S. 13 f.), es folgte die „Darstellung zur Person inkl. Ausbildungs- und Arbeitsanamnese“ (S. 14 bis S. 18) und es wurde die Krankheitsentwicklung gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin in der Untersuchung sowie im Abgleich mit den medizinischen Akten dargestellt (S. 18 bis S. 25). Detailliert wurden die aktuelle Lebenssituation und der Tagesablauf erfragt und im Gutachten festgehalten (S. 25 ff.). Im Weiteren wurden die geklagten Beschwerden (subjektive Angaben der Versicherten) aufgeführt (S. 27), bevor sich die Expertin zu den objektiven Befunden äusserte und den Psychostatus festhielt (S. 28 f.). Die Ergebnisse wurden im Weiteren diskutiert, hierauf die Diagnosen gestellt und schliesslich die Fragen der Auftraggeberin beantwortet (S. 29 bis S. 41). 5.2.3

Nicht einsichtig ist, inwiefern das Gutachten bereits vom Aufbau her den Anforderungen nicht genügen soll. Nachteile, die daraus entstanden sein könnten, dass — wie behauptet — in der Untersuchung nicht explizit auf den Untersuchungszweck hingewiesen worden sei, sind nicht erkennbar. Aufgrund des laufenden Rentenrevisionsverfahrens war zudem spätestens nach Zustellung des Revisionsfragebogens (Urk. 6/49) klar, dass der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin überprüft und aufgrund der Mitteilung vom 13. April 2015 (Urk. 6/55) sowie der Einladung zur Untersuchung vom 29. April 2015 (Urk. 6/57) in diesem Zusammenhang der Gesundheitszustand abgeklärt werden würde. A

ktenwidrig ist die Behauptung fehlender Angaben zur Untersuchungsdauer, ergibt sich diese doch sowohl aus der Einladung vom 29. April 2015 (Urk. 6/57) als auch aus dem Gutachten selber mit dem Hinweis auf die „zwei stündige Gesprächsdauer“ (Urk. 6/59/28). Der weitere Einwand, es fehle an einem ausführlichen klinisch-psychiatrischen Befund beziehungsweise dieser sei lediglich „kurz und bündig“ festgehalten, ist nicht stichhaltig; die Knappheit erklärt sich damit, dass die Expertin anlässlich der Untersuchung nur wenige psychopathologische Befunde erheben konnte. Nichts abzugewinnen ist dem Hinweis, das Gutachten erkläre nicht, weshalb die Beurteilung des RAD und der behandelnden Psychiaterin unzutreffend sei. Die beiden Untersuchungen (durch den RAD am 5. Juni 2012 und durch Dr. Z.\_\_\_\_ am 1. Juni 2015) liegen drei Jahre auseinander und beschlagen somit einen unterschiedlichen Zeitraum. Auch legte Dr. Z.\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass – so wie sich die Beschwerdeführerin in psychopathologischer Hinsicht anlässlich der aktuellen Begutachtung präsentierte (u.a. absolut schwingungsfähig, euthym, ohne Störungen des Antriebs) – die noch betonten Beschwerden höchstens einer Dysthymia zu zuordnen beziehungsweise namentlich die Kriterien für eine anhaltende depressive Episode nicht mehr erfüllt waren (vgl. E. 4.1 hier vor; Urk. 6/59/32 f., Urk. 6/59/39). Im Zeitverlauf ist es sodann selbst nach Darstellung der behandelnden Psychiaterin zu einer Verbesserung der psychischen Symptomatik gekommen (vgl. 5.2.1 hier vor). Dass das aktuelle Gutachten – bei unverändertem Gesundheitszustand – den Sachverhalt lediglich anders bewerte, trifft nicht zu. Plausibel ist schliesslich die gutachterliche Feststellung, dass bezüglich der psychischen Symptomatik die Frage eines Zusammenhangs mit der Alkoholabhängigkeit zu stellen sei und dass nun mit konsequenter Alkoholabstinenz eine Normalisierung und Stabilisierung der Stimmung erreicht werden konnte (Urk. 6/59/34). 5.3

Die Einwände der Beschwerdeführerin in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind nach dem Gesagten unbehelflich. Weitere substantiierte Einwände brachte sie nicht vor.

Zusammenfassend erfüllt das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_

mit einlässlicher klinischer Untersuchung, Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung die beweismässigen Anforderungen, die die Rechtsprechung an solche Expertisen stellt.

Abgesehen davon verliert das Gutachten selbst dann nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es wie von der Beschwerdeführerin behauptet nicht in allen Teilen den (als Empfehlung verstandenen; BGE 140 V 260 E. 3.2.2) Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) entspreche (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_44/2017 vom 9. Mai 2017 E. 4.4).

Auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit kann auf die gutachterlichen Schlussfolgerungen abgestellt werden. Anhaltspunkte für eine anspruchrelevante Verschlechterung in der Zeit ab Begutachtung bis zum Verfügungserlass liegen nicht vor.

Aufgrund der klaren Aktenlage sind von weiteren Beweissmassnahmen (etwa der Einholung eines Gutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b). 6.

Bei Fehlen einer psychiatrischen Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist von einem 100%igen Restleistungsvermögen in angestammter Tätigkeit auszugehen. Auch im Haushaltsbereich sind keine gesundheitsbedingten Einschränkungen auszumachen, was sich nicht zuletzt im gut geregelten Tagesablauf mit verschiedenen Hobbys und Aktivitäten

widerspiegelt (vgl. Urk. 6/59/25 f. und 32; ferner E. 4.1 hievor). Das von der Beschwerdeführerin angeführte EGMR-Urteil Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (7186/09) vermag an diesem Ergebnis nichts zu ändern.

Nach dem Gesagten erweist sich die am 9. Februar 2016

verfügte revisionsweise Rentenaufhebung als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzu erlegen . 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: - Rechtsanwältin Dr. Dorrit Freund - 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, zuzu stellen.

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 Der Gerichtsschreiber GräubNef

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

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