

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00330 vom 20. März 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00330](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00330)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00330 du 20 mars 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00330 del 20 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. August 2009 ( Urk. 6/38) bzw. vom 23. Januar 2013 ( Urk.

#### **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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsge mass ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres

Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 1.3**

dargelegt, sind nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts leichte bis mittelgradige depressive Störungen nur invalidisierend, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung bei Dr. A.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2015 gab die Beschwerdeführerin an, dass sie keine Psychopharmaka mehr einnehme und bereits seit 2009 keine psychiatrische Behandlung mehr beansprucht habe. Sie sei längere Zeit behandelt worden, was ihr aber nicht geholfen habe (Urk. 6/75/7). In der Beschwerde vom 10. März 2016 ergänzte sie, dass sie die Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ aus terminlichen Gründen erst im April 2016 wieder aufnehmen könne (Urk. 1). Die Beschwerdeführerin war

demgemäss mehrere Jahre lang nicht mehr in psychiatrischer Behandlung, was zum einen nicht auf einen ausgeprägten psychischen Leidensdruck schliessen lässt. Zum anderen kann unter diesen Umständen offensichtlich auch nicht von einer optimalen und nachhaltigen Ausschöpfung der zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten

gesprochen werden. Im Weiteren hat Dr. A.\_\_\_\_

ausdrücklich bejaht, dass mit einer regelmässigen Gesprächspsychotherapie, ergänzt durch die Einnahme von Psychopharmaka, innert sechs Monaten eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und eine Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit

erreicht werden könne (Urk. 6/75/9). Eine im Sinne überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellte invalidenversicherungspflichtig relevante Therapieresistenz ist vorliegend demzufolge nicht gegeben. 4.5.4

Die gutachterlich diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode, ist daher aus rechtlicher Sicht nicht als invalidisierend zu betrachten. Von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen kann somit spätestens seit Oktober 2015 nicht mehr ausgegangen werden. 4.

### **E. 1.4**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Validen einkommen).

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.5**

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. 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. 1.6**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Invalidenrente der Beschwerdeführerin zu Recht aufgehoben wurde. 2.2

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verbessert, so dass es ihr spätestens seit Oktober 2015 wieder möglich sei, eine 70%ige Arbeitstätigkeit auszuüben. Mittels einer regelmässigen, ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der depressiven Störung könne sodann nach sechs Monaten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angestrebt werden. Da der Beschwerdeführerin die

angestammte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte

aktuell in einem 70%-Pensum zumutbar sei, resultiere ein Invaliditätsgrad von 30%. Der Invaliditätsgrad liege somit

unter 40%, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2). 2.3

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, dass nicht von einer Besserung ihres somatischen Gesundheitszustands ausgegangen werden könne. Die Foraminalstenose und die Radikulopathie würden es ihr unmöglich machen, ganztags bzw. jeden Tag ihrer angestammten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte nachzugehen. PD Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Radiologie, habe im Bericht vom 7. Oktober 2015 darauf hingewiesen, dass verglichen mit der Voruntersuchung vom Dezember 2011 eine nahezu stationäre Situation vorliege. Im Weiteren seien auch die psychischen Beschwerden nicht besser geworden. Sie habe der Beschwerdegegnerin am 17. Dezember 2015 mitgeteilt, dass sie die Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_

aus terminlichen Gründen erst im April 2016 wieder aufnehmen könne. Ab dann könne Dr. B.\_\_\_\_ ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand beurteilen und eine Prognose stellen. Im Jahr 2014 habe sie eine Weiterbildung zur Sachbearbeiterin Human Resources absolviert. Seither sei sie auf der Suche nach einer neuen Stelle in entsprechender Funktion und in einem höheren Pensum. Bis dieser Umstieg erfolgt sei, sei ihr weiterhin eine halbe Rente auszurichten (Urk. 1). 3.3.1

### 3.1.1

Mit Verfügung vom 20. Mai 2008 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab dem 1. April 2006 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 50% eine halbe Rente zu (Urk. 6/27). Seither wurde der Rentenanspruch nicht mehr umfassend materiell überprüft. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands vorliegt, bildet somit die Verfügung vom 20. Mai 2008 (vgl. E. 1.5). Bei der damaligen

Rentenzusprache lagen im Wesentlichen folgende Arztberichte vor: 3.1.2

PD Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, insbesondere Wirbelsäulen-Chirurgie, erklärte im an Dr. Y.\_\_\_\_

gerichteten Bericht vom 23. Mai 2007, dass eine lumbospondylogene Beschwerdehaftigkeit bei Segmentdegeneration L4/5 und einer Diskushernie, konservativ behandelt 1989, und jetzt auch etwas Chondrose L5/S1 bestünden. Die neurologischen Parameter seien durchgehend uneingeschränkt, so dass eine funktionsrelevante

Stenosierung der foraminären Abgänge L4/5 und L5/S1 ausgeschlossen werden könne. Aufgrund der Situation der Lendenwirbelsäule (LWS) sei eine gewisse Einschränkung (der Arbeitsfähigkeit) in der Grössenordnung von 15 bis 20 % bei neurologisch fehlenden Ausfällen sicher zu attestieren ( Urk. 6/12/7-8). 3.1.3

Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 9. Juni 2007 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere langfristige Erschöpfungsdepression mit Angst und Panikattacken (ICD-10 F41.1) mit multiplen psychosomatischen Beschwerden fest. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie nicht. Dr. D.\_\_\_\_ erklärte, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit, in der sie bei ihr in Behandlung gestanden sei (16. Januar 2004 bis 13. Juni 2006) praktisch ständig ca. zu 50 % arbeitsfähig gewesen sei (Urk. 6/11/7). 3.1.4

Dr. B.\_\_\_\_

stellte im Bericht vom 7. September 2007 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) rezidivierende mittelgradige depressive Episoden, bestehend seit etwa zehn Jahren, und (2) ein lumbospondylogenes Syndrom bei Segmentdegeneration L4/5 bei Diskushernie, Chondrose L5/S1, seit 1989. Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie nicht. Dr. B.\_\_\_\_ erklärte, dass die Beschwerdeführerin als kaufmännische Angestellte zu 50 % arbeitsfähig sei; dies schon seit vor Beginn der Behandlung bei ihr am 1. April 2007 und bis auf Weiteres. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei sie ebenfalls zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 6/13/2-6). 3.1.5

Med. pract. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) hielt in der Stellungnahme vom 4. Januar 2008 fest, dass analog der psychiatrischen Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als kaufmännische Angestellte, die einer angepassten Tätigkeit entspreche, auszugehen sei. Die 50%ige Arbeitsfähigkeit beziehe sich auf ein 100%-Pensum. Im Leistungsfall solle eine Schadenminderungspflicht im Sinne einer fachpsychiatrischen Behandlung auferlegt werden mit einer Revision in einem Jahr (Urk. 6/15/3). 3.2

Anlässlich der im Februar 2009 und im Juni 2012 eingeleiteten Revisionsverfahren holte die IV-Stelle jeweils Berichte von Dr. B.\_\_\_\_

ein. Dr. B.\_\_\_\_ stellte in diesen Berichten vom 5. Juni 2009 (Urk. 6/34) respektive 5. Oktober 2012 (Urk. 6/54)

als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit jeweils eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen Episoden seit ca. 12 bzw. 15 Jahren. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie nicht. Dr. B.\_\_\_\_ erklärte beide Male, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte zu 50 % arbeitsfähig sei; dies bereits seit vor Beginn der Behandlung bei ihr und bis auf Weiteres. 3.3

3.3.1

Im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens äusserten sich die beteiligten Ärzte wie folgt: 3.3.2

Dr. C.\_\_\_\_

gab im an Dr. Y.\_\_\_\_ gerichteten Bericht vom 7. Oktober 2015 über das gleichentags durchgeführte MRI der Halswirbelsäule (HWS)/ zervikothorakaler Übergang an, dass verglichen zur Voruntersuchung vom Dezember 2011 eine nahezu stationäre Situation gegeben sei. Es liege eine kleine mediolateral bis knapp foraminal rechtsseitige Diskushernie C6/C7 vor. Bei zusätzlicher Unk arthrose resultiere eine mittelschwere bis schwere Foraminalstenose C6/C7 rechts, was eine Radikulopathie C7 rechts erklären könnte. In den Segmenten C3-C6 seien nur Bulging sowie zum Teil dorsale Spondylophyten und eine leichte Spinalkanalstenose gegeben. Weiter seien eine Myelopathie sowie keine relevanten Foraminalstenosen oberhalb C6 festgestellt worden (Urk. 6/74/22 = Urk. 3/7). 3.3 .3

Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ stellten

in der interdisziplinären Beurteilung des Gutachtens vom 30. Oktober 2015

folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/75/12): (1)

eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F 33.01) (2) eine verminderte Belastbarkeit und intermittierende Beschwerden der HWS bei degenerativen Veränderungen und kleiner mediolateraler bis knapp foraminaler rechtsseitiger Diskushernie C6/C7 mit mittelschwerer bis schwerer Foraminalstenose C6/C7 rechts, bildgebend seit Jahren unverändert, MRI September 2015 gegenüber MRI Dezember 2011, ohne radikuläre Zeichen (3) eine verminderte Belastbarkeit und intermittierende Beschwerden der LWS bei degenerativen Veränderungen und Osteochondrosen L4/L5 und L5/S1 mit Protrusion L4/L5 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 beidseits, ohne Kompression und linksbetonter Diskushernie L5/S1 mit linksbetonter Einengung der Foramina beidseits ohne Kompression, ohne Instabilität (funktionelles Röntgen Mai 2007), bildgebend seit Jahren unverändert, MRI Juli 2015 gegenüber MRI Januar 2000 und CT April 2007, ohne radikuläre Zeichen

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen schädlichen Nikotingenbrauch (ICD-10 F 17.1). Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ erklärten, dass der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht in der angestammten oder einer anderen angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Seit 2012 könne von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands ausgegangen werden. Dr. A.\_\_\_\_ sei es jedoch nicht möglich, die Arbeitsfähigkeit rückwirkend genau zu beurteilen. Ab Oktober 2015 bestehe bei der Beschwerdeführerin aber lediglich noch eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bzw. eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten auf dem freien Wirtschaftsmarkt (Urk. 6/75/12-13).

Was den Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht betrifft, legte Dr. Z.\_\_\_\_ im rheumatologischen Gutachten vom 15. Oktober 2015 dar, dass es der Beschwerdeführerin bei dieser Untersuchung so wie meistens in der letzten Zeit gehe: Sie sei schmerzfrei, obwohl sie schon lange keine Schmerzmittel mehr gebraucht habe. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie manchmal lumbale und cervikale Schmerzen spüre. In der klinischen Untersuchung sei

der normale Gang unauffällig, ebenso der Zehen-

und Fersengang. Alle drei Wirbelsäulenabschnitte (LWS, Brustwirbelsäule [BWS] und HWS) seien normal beweglich. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Der Lasègue sei beidseits normal, und

alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Eine Hyperlaxität bestehe nicht (Beighton Score 0/9). Gelenksergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke seien nicht vorhanden. Die maximale Handkraft sei beidseits normal. Die Bio-Impedanz-Analyse zeige eine erfreulich grosse Muskelmasse von 46%, welche den Normwert von 40% deutlich übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden. Dem entspreche, dass die Beschwerdeführerin gerne wandere. Ausserdem fahre sie mit dem Velo zur Arbeit. Die funktionelle Röntgenuntersuchung der LWS (Mai 2007) habe keine Instabilität gezeigt. Die MRI-Untersuchung der LWS (Juli 2015) habe degenerative Veränderungen sowie Osteochondrosen L4/L5 und L5/S1 mit einer Protrusion L4/L5 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 beidseits ohne Kompression sowie eine linksbetonte Diskushernie L5/S1 mit linksbetonter Einengung der Foramina beidseits ohne Kompression ergeben. Im Vergleich zu den vorangegangenen Untersuchungen (CT April 2007 und MRI Januar 2000) seien die bildgebenden Befunde im Wesentlichen unverändert gewesen. Die MRI-Untersuchung der HWS (September 2015) zeige degenerative Veränderungen sowie eine kleine mediolaterale bis knapp foraminale rechtsseitige Diskushernie C6/C7 mit mittelschwerer bis schwerer Foraminostenose. Im Vergleich zur Voruntersuchung im Dezember 2011 seien die Befunde bildgebend im Wesentlichen unverändert. Die bildgebenden Befunde im Bereich der LWS und der HWS seien keinesfalls gravierend und seit Jahren unverändert. Um der Beschwerdeführerin nicht Unrecht zu tun, führe sie diese dennoch unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Die ausgedehnte Blutuntersuchung zeige einen massigen Vitamin D-Mangel als wesentlichsten Befund. Die Entzündungszeichen (Blutsenkung und C-reaktives Protein) seien normal wie auch der Rheumafaktor und die Anti-Citrullinantikörper. Die Beschwerdeführerin könne eine angepasste Tätigkeit zu 100% ausüben, bezogen auf ein Pensum von 100% (Urk. 6/74/32-33).

Was den Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht anbelangt, erklärte

Dr. A.\_\_\_\_, dass sich die Beschwerdeführerin

anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 6. Oktober 2015 abgesehen von einer leichten Depressivität in psychopathologischer Hinsicht ganz unauffällig präsentiert habe. Aufgrund der erhobenen anamnestischen Angaben würden sich keine Hinweise auf eine genetische Vulnerabilität oder Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen ergeben. Die Kindheit bzw. Persönlichkeitsentwicklung der Beschwerdeführerin

sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen, womit bei ihr keine Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung vorhanden seien. Die Beschwerdeführerin

sei regelrecht eingeschult worden und die abgeschlossene Berufsausbildung schliesse sowohl eine Intelligenzminderung als auch Verhaltensstörungen oder sonstige psychische Probleme mit Krankheitswert in der Kindheit, Pubertät und im frühen Erwachsenenalter aus. Im Erwachsenenalter sei sie den sozialen Anforderungen jahrelang gewachsen gewesen. Neben ihren Verpflichtungen als alleinerziehende Mutter habe die Beschwerdeführerin jahrelang eine 50%ige konstante Arbeitsleistung erbracht. Hinweise auf ein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster bezüglich Kognitionen, Wahrnehmungen und sozialer Interaktionen sowie auf anhaltende Störungen der Impulskontrolle würden nicht vorliegen. Auch eine Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter könne damit klar ausgeschlossen werden. Die mehrfachen psychophysischen Belastungen inkl. der

Inhaftierung und der nachfolgenden zehnjährigen Ausschaffung ihres Ehemannes aus der Schweiz hätten bei der Beschwerdeführerin zur Ausschöpfung der psychischen Ressourcen und spätestens Anfang 2004 zum Ausbruch einer depressiven Störung geführt. Trotz der jahrelangen psychotherapeutischen Behandlung und intermittierender Psychopharmakotherapie sei es weder aktenmässig noch anamnestisch zu einer vollständigen Remission der depressiven Symptomatik gekommen. Trotz fehlender Remissionsphasen könne bei der bereits seit zehn Jahren bestehenden depressiven Symptomatik doch von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden. Anlässlich der Exploration vom 6. Oktober 2015 habe die Beschwerdeführerin lediglich noch eine leichte depressive Symptomatik aufgewiesen, was trotz fehlender therapeutischer Massnahmen auf eine Verbesserung der aktenmässig postulierten mittelgradigen depressiven Symptomatik hindeute. Die Verbesserung des psychischen Zustandes sei auf eine psychische und physische Entlastung nach der Freilassung des Ehemannes aus dem Gefängnis und die zunehmende Selbständigkeit ihrer Kinder zurückzuführen. Gegenwärtig könne objektiv von einer leichten Einschränkung der allgemeinen psychischen Belastbarkeit bzw. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, einer eingeschränkten allgemeinen Durchhaltefähigkeit mit rascher geistiger Erschöpfung und konsequent vermehrtem Erholungsbedarf sowie von leichten Einschränkungen der sozialen Interaktionen in der Freizeit ausgegangen werden, was ihre Arbeitsfähigkeit um ca. 30 % einschränke. Die Therapieoptionen seien bei der Beschwerdeführerin allerdings weitgehend nicht ausgeschöpft. Diesbezüglich könne ihr eine regelmässige Gesprächspsychotherapie, ergänzt durch eine Psychopharmakotherapie, empfohlen werden. Unter konsequenter Weiterführung der vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen bei bereits verbesserter psychosozialer Situation könne von einer weiteren Verbesserung ihres psychischen Zustandes und einer Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit innerhalb von sechs Monaten ausgegangen werden (Urk. 6/75/9). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging im Rahmen der Rentenaufhebung davon aus, dass der Beschwerdeführer in die angestammte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte seit Oktober 2015 wieder in einem 70%-Pensum zumutbar sei (Urk. 2). Sie stütze sich dabei auf das rheumatologische und das psychiatrische Gutachten (mit interdisziplinärer Zusammenfassung) von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_

vom 15. respektive 30. Oktober 2015

(Urk. 6/74 -75 ). 4.2

Die Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ basieren auf den erforderlichen allseitigen fachärztlichen Untersuchungen (rheumatologisch und psychiatrisch) und wurden in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt. Die Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_

erfüllen demnach grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.6 ). 4.3

Vorwegzunehmen ist, dass die Rentenzusprache im Jahr 2008 (Urk. 6/27) aufgrund der psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin erfolgt war (vgl. Stellungnahme von

RAD-Ärztin

E.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2008, Urk. 6/15/3). Laut dem damals vorliegenden Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ lagen damals die folgenden psychischen Befunde vor: „Bewusstsein wach, allseits orientiert. Konzentration reduziert. Denken formal gehemmt, teils grüblerisch. Affekt. Rapport mässig, versucht bei depressiver bis verzweifelter Stimmung gefasst zu wirken, weint still und rasch. Ausgeprägte Wertlosigkeits- und Schuldgefühle, Aktivitäts-, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Perspektivlosigkeit, Orientierungslosigkeit, Schlafstörungen, rasche Ermüdbarkeit, wirkt insgesamt erschöpft, Antrieb vermindert.“ (Urk. 6/13/3) .

Aufgrund dieser Befunde ging Dr. B.\_\_\_\_ nachvollziehbar von einer (rezidivierenden) mittelgradigen depressiven Symptomatik aus. Dr. A.\_\_\_\_ erhob demgegenüber anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 6. Oktober 2015 folgende psychischen Befunde: „Frau F.\_\_\_\_ kam pünktlich zum abgemachten Term in und betrat das Untersuchungs zimmer mit unauffälligem Gang. Sie wirkte ordentlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Während des Gespräches gab die Explorandin auf die gestellten Fragen ohne Verzögerung klare und präzise Antworten, sie schilderte ihre Lebensgeschichte fliessend und genau, was auf ganz unauffällige mnestischen Funktionen hindeutet. Im formalen Denken war sie geordnet, inhaltlich ergaben sich keine Hinweise auf

Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Im Affekt wirkte die Explorandin leicht deprimiert, die affektive Schwingungsfähigkeit war leicht reduziert, affektiv war sie modulierbar, ein affektiver Rapport war gut herstellbar. In Antrieb und Motorik war sie unauffällig. Es ergaben sich keine Hinweise auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung.“ (Urk. 6/75/7) . Aufgrund dieser Befunde stuft er die depressive Symptomatik nachvollziehbar als nurmehr leichtgradig ein. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben seit 2009 keine psychiatrische Behandlung mehr beanspruchte (vgl. E. 4.5.2), im Jahr 2014 auf eigene Initiative eine Weiterbildung zur Sachbearbeiterin Human Resources absolvierte und seither auf der Suche nach einer neuen Stelle in entsprechender Funktion und in einem höheren Pensum ist (Urk. 1). Damit kann eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleichszeitraum als erstellt gelten. Diese Veränderung genügt als Grundvoraussetzung für eine Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG, in deren Rahmen alsdann auch die weiteren (rechtlichen und tatsächlichen) Rentenanspruchs voraussetzungen umfassend ("allseitig") zu prüfen sind, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_551/2016 vom 10. Januar 2017 E. 2.2.3). 4.4 4.4.1

Die Gutachter kamen, wie erwähnt, zum Schluss, dass die somatischen Befunde der vollzeitlichen Ausübung der angestammten Tätigkeit sowie von anderen angepassten Tätigkeiten nicht entgegenstünden. Diese Einschätzung erscheint angesichts der von Dr. Z.\_\_\_\_ erhobenen Befunde und der dazu gehörigen Erläuterungen überzeugend. 4.4.2

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbrachte (vgl. Urk. 1), vermag nicht zu überzeugen. Dass es seit Mai 2008 in somatischer Hinsicht nicht zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen ist, ist unstrittig. Dr. Z.\_\_\_\_ nahm ihre

Beurteilung sodann insbesondere auch in Kenntnis des Berichts des Radiologen

Dr. C.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2015 vor (vgl. Urk. 6/74/22 und Urk. 6/74/31). Weiter berücksichtigte Dr. Z.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin manchmal unter lumbalen

und cervikalen Schmerzen leidet. Die klinische Untersuchung bei Dr. Z.\_\_\_\_

ergab jedoch, dass alle Wirbelsäulenabschnitte (LWS, BWS und HWS) normal beweglich und keine radikulären Zeichen vorhanden seien. Zudem hätten auch im Rahmen der bildgebenden Untersuchungen im Bereich der LWS und HWS keine neuralen Kompressionen und keine Instabilität bestanden (Urk. 6/74/32). Die Schlussfolgerung von Dr. Z.\_\_\_\_, dass sich die Beschwerden im Bereich der HWS und LWS grundsätzlich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (in einer körperlich schwereren Tätigkeit) auswirken würden, nicht aber in der en

angestammten,

körperlich als leicht einzustufenden Tätigkeit als kaufmännische Angestellte, ist deshalb nachvollziehbar. 4.5 4.5.1

In psychischer Hinsicht gelangte Dr. A.\_\_\_\_, wie erwähnt, zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.01), leide und aktuell für sämtliche Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt zu 70 % arbeitsfähig sei. Diese Einschätzung ist mit Blick auf die von Dr. A.\_\_\_\_ erhobenen Befunde und weiteren Feststellungen als grosszügig zu erachten. 4.5.2

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1; BGE 140 V

193 E. 3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_342/2015 vom 10. November 2015 E. 1.2). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 E.

## **E. 6**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Der Gerichtsschreiber Hurst Kreyenbühl

### **E. 6.1**

mit Hinweisen, nicht publiziert in:

BGE 142 V 342 ). 4.5.3

Wie unter E.

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