

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00960 vom 19. Dezember 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00960](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00960)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00960 du 19 décembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00960 del 19 dicembre 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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss 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.

### **E. 1.3**

Im Oktober 2011 wurde eine erneute Rentenrevision eingeleitet (Urk. 5/49), in deren Rahmen die IV-Stelle neue Arztberichte (Urk. 5/51, Urk. 5/54) einholte. Im Hinblick auf die am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) unterbreitete die IV-Stelle die Akten am 12. April 2012 Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin und für Allgemeinmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD). Gestützt auf deren Stellungnahme vom 22. Mai 2012 (Urk. 5/

### **E. 1.4**

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.

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen). 1.

## **E. 5**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder des Hilfebedarfs die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3). 1.

## **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 201

### **E. 5.10**

). 6.2.2

Eine Dysthymia ist nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymia, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_623/2013 vom 11. März 2014 und 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2, je mit Hinweisen). Diese Grundsätze wurden durch die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht relativiert (Urteil des Bundesgerichts 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_162/2015 vom 30. September 2015 E. 3.3.3).

Vorliegend wurde die Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowohl vom Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 5.9) als auch von der behandelnden Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 5.2, E. 5.4, E. 5.6) fachärztlich einwandfrei diagnostiziert und vom Gutachter nachvollziehbar begründet (vgl. vorstehend E. 5.10). Mangels Vorliegens einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung

vermag daher die Diagnose Dysthymia keinen Gesundheitsschaden im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn zu begründen.

Die diagnostizierte akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) ist eine Diagnose aus der Z-Kategorie. Diese ist für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als Diagnosen oder Probleme angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (SVR 2012 IV Nr. 52 S. 188 E. 3.1 [ Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 ]; Urteil des Bundesgerichts 9C\_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1).

6.2.3

Auch die im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ genannte

somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) wurde sachgerecht diagnostiziert im Sinne der Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 2.1.1) und nachvollziehbar begründet. Denn vorherrschende Beschwerde bei einer somatoformen Schmerzstörung ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungsfaktoren auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt.

Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche und medizinische Hilfe und Unterstützung (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 9. Aufl. 2014, Ziff. F45.4 S. 233). Dies entspricht im vorliegenden Fall gerade dem Beschwerdebild. So führte Dr. D. \_\_\_ unter anderem aus, im Explorationsgespräch habe die Beschwerdeführerin teilweise eher (an-)klagend und zunehmend eher dysphorisch über ihre psychosozialen Probleme und Schwierigkeiten, insbesondere über ihre finanziellen Sorgen und die Konflikte mit dem Ehemann, sowie auch über gewisse gesundheitlichen Beschwerden, insbesondere diffuse, zum Teil subjektiv unerträgliche Schmerzen, berichtet (Urk. 5/113 S. 13). Aufgrund dieser subjektiven Beschwerden und beklagten unspezifischen und diffusen Schmerzen sei diagnostisch von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen (Urk. 5/113 S. 15 unten).

Ebenso findet die Diagnose im Bericht der behandelnden Psychiaterin insofern ihre Stütze, wonach Dr. E. \_\_\_

die gleiche gesundheitliche Problematik anführte und von einem ausgeprägten subjektiven Leiden mit schwerer Beeinträchtigung der Lebens- und Beziehungsgestaltung berichtete (vgl. vorstehend E. 5.4 und E. 5.6). Ebenfalls diagnostizierte Dr. B. \_\_\_ im Verlaufsbericht vom 12. Oktober 2014 (vgl. vorstehend E. 5.7) eine somatoforme Schmerzstörung. 6.2.4

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten

- Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Der psychiatrische Gutachter stellte die Existenz der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Schmerzen grundsätzlich nicht in Frage. Allerdings legte er das Hauptaugenmerk bei der Diagnosestellung auf den Umstand, dass die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin gemäss der beweiskräftigen rheumatologischen Einschätzung von Dr. C. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 5).

## **E. 6**

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.

### 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das 2015 eingeholte interdisziplinäre Gutachten davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der

Beschwerdeführerin verbessert habe und sie seit November 2011 ohne Einschränkungen arbeitsfähig sei. Ohne gesundheitliche Einschränkungen wäre sie weiterhin in einem 60%-Pensum erwerbstätig, die restlichen 40 % würden in den Haushalt entfallen. Seit der letzten Haushaltsabklärung im Jahr 2003 sei auch die Einschränkung im Haushalt stark zurückgegangen, dies einerseits weil die Beschwerdeführerin wieder selbstständig sei als damals, andererseits weil ihr das Arbeiten in Etappen im Rahmen der Schadenminderungspflicht (Mitwirkung der beiden erwachsenen Töchter im Haushalt) zumutbar sei (S. 2). 2.2

Demgegenüber vertrat die Beschwerdeführerin

zusammengefasst den Standpunkt, dass auf das eingeholte Gutachten nicht abgestellt werden könne und falls doch,

es nicht den Nachweis des verbesserten Gesundheitszustandes erbringe, sondern dass es lediglich einen gleich gebliebenen Gesundheitszustand beurteile, was aber keinen Anlass gebe, die zugesprochene Rente aufzuheben (Urk. 1 S. 5 ff.). 2.3

Strittig ist die revisionsweise Aufhebung der bis November 2013 ausgerichteten ganzen Rente, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert respektive sich die für die Invaliditätsbemessung

massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat.

Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 5. November 2003 mit demjenigen, welcher der hier angefochtenen Verfügung vom 17. August 2016 zugrunde liegt. Dementsprechend als Vergleichszeitpunkt nicht massgebend sind die mit Mitteilungen vom 22. September 2005 (Urk. 5/36) und 4. November 2008 (Urk. 5/46) abgeschlossenen Revisionsverfahren, da in deren Rahmen keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung vorgenommen wurde (vgl. vorstehend E. 1. 5). Das Einholen von Verlaufsberichten der behandelnden Ärzte (vgl. nachstehend E. 4.2-4.3) reicht für die Annahme einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_433/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.5). 3. 3.1

Vorweg zu prüfen ist die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs im Vorbescheidverfahren. Dabei rügte sie in formeller Hinsicht, namentlich zu ihrem Einwand vom 1. April 2016 habe die Beschwerdegegnerin kaum Stellung genommen beziehungsweise ihn nicht beachtet (Urk. 1 S. 2 f.). 3.2

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung ein greifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 mit Hinweisen). 3.3

Nach der Rechtsprechung kann eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die

Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/ aa ). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis). 3.4

Zutreffend ist zwar, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht ausdrücklich zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin geäußert hat. Die Begründungspflicht verlangt allerdings nicht, dass sich die Behörde mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzt (BGE 129 I 232 E. 3.2, 126 I 97 E. 2b, 124 V 180 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts B 61/00 vom 26. September 2001 E. 3b). Nachdem sich aus der Verfügung ergibt, aus welchen Gründen die Beschwerdegegnerin zu ihrer Entscheidung gelangt ist, kann aber jedenfalls nicht von einer derart schweren Gehörsverletzung ausgegangen werden, welche die Aufhebung der Verfügung und die Rückweisung an die Vorinstanz rechtfertigen würde. Dies auch deshalb nicht, da dem urteilenden Gericht die volle Kognition zusteht und eine - auch von der Beschwerdeführerin selbst nicht beantragte - Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führt, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der Beschwerdeführerin an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren sind (BGE 132 V 387 E. 5.1 ; Urteil des Bundesgerichts 8C\_682/2011 vom 12. Oktober 2011 E.

3.2.4). 4 . 4 .1

Medizinische Grundlage für die rechtskräftige Leistungszusprache vom 5. November 2003 (Urk. 5/26) war hauptsächlich der Bericht von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Januar 2003 (Urk. 5/9/3-6). Darin nannte der Arzt als Diagnose eine seit Anfang 2002 bestehende mittelschwere bis schwere Erschöpfungsdepression mit Somatisierung im Sinne von ICD-10 F33.11 bis F33.3 ( lit . A). Er führte aus, die Beschwerdeführerin leide an einer Erschöpfungsdepression aufgrund der jahrelangen Überlastung als erwerbstätige Mutter, aufgrund der soziokulturellen Folgen der Migration und wegen chronischer - durch den Kulturwechsel mitbedingter - Eheprobleme ( lit . A Ziff. 7). Die Beschwerdeführerin stehe seit dem 25. März 2002 bei ihm in Behandlung und habe nebenbei wöchentliche Gesprächstermine bei der Praxispsychologin. Seit zirka 10 Jahren fühle sie sich immer wieder so schlecht, dass sie am liebsten sterben möchte. Sie scheine mit der soziokulturellen Entwurzelung nicht zurechtzukommen. Seit vielen Jahren habe sie immer wieder depressive Stimmungsschwankungen, die sich im Jahre 2002 deutlich verschlechtert hätten. Auslösend für die aktuelle Verschlechterung sei der Unfalltod ihrer beiden Neffen gewesen ( lit . D Ziff. 1-3). Aktuell klage sie über Energie- und Antriebslosigkeit, Ängste und Unruhe, Zittern, Schlafstörungen, kognitive Beschwerden und verschiedene Schmerzen, vor allem im Hals-Nackenbereich, weswegen sie auch durch den Hausarzt zu einem Rheumatologen in Behandlung geschickt worden sei ( lit . D Ziff. 4, Ziff. 6). Körperlich sei die Beschwerdeführerin durch die rheumatologischen Beschwerden eingeschränkt und die Belastbarkeit sei sowohl körperlich als auch psychisch stark limitiert (S. 2). Als Küchengehilfin im Y.\_\_\_\_ sei sie seit dem 25. März 2002 vollständig arbeitsunfähig ( lit

## . B). 4 .2

Anlässlich der ersten Rentenrevision diagnostizierte Dr. med. E .\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, im Verlaufsbericht vom 7. September 2005 (Urk. 5/34) eine schwere chronische Depression mit intermittierenden Wahnsymptomen und Somatisierungen (Ziff. 2). Sie berichtete, seit dem letzten Bericht vom 11. Januar 2003 habe sich der Zustand verschlechtert. Vor allem habe sich die Ehe in eine völlig zerrüttete Situation gesteigert. Symptomatisch stehe die schwere Depression im Vordergrund mit maximaler depressiver Verstimmung, Klagen, wahnartigen Gedanken um Sterben und Tod, Gedankeneinengung und Affektstarre, chronischer Suizidalität und Muskelverspannungen im Nacken- und Rückenbereich (Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin sei weiterhin zu 100 % erwerbsunfähig. Ihre Restarbeitsfähigkeit im Haushalt betrage höchstens 25 %, welche allerdings anhand einer detaillierten Untersuchung vor Ort geprüft werden müsste (S. 2). 4 .3

Anlässlich der zweiten Rentenrevision ergingen die folgenden medizinischen Berichte: 4 .3.1

Dr. E .\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.2) berichtete am 18. Oktober 2008 (Urk. 5/43/5-6) über die Beschwerdeführerin und nannte als Diagnose eine schwere, chronifizierte Depression mit Somatisierungstendenz bestehend seit 2002 (S. 1 Ziff. 2). Sie hielt fest, seit dem letzten Bericht vom 7. September 2005 sei der Zustand mehr oder weniger unverändert geblieben, und die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit bleibe ungünstig (S. 1 Ziff. 3-4). 4 .3.2

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B. \_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin , nannte in seinem Bericht vom 23. Oktober 2008 (Urk. 5/44) als Diagnose eine mittelschwere bis schwere depressive Entwicklung mit sozialer Isolation, eine vermehrte Schmerzempfindlichkeit im Bewegungsapparat (Differentialdiagnose: Anpassungsstörung) seit 2002 und ein chronisches Panvertebralsyndrom mit chronischen Spannungskopfschmerzen, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung (Ziff. 1.1). Er berichtet e, bei der körperlichen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine deutliche Abwehrhaltung der Muskulatur dorsal von zervikal bis lumbal sowie sofortige starke Verspannungen und Schmerzreaktionen ohne radikuläre Ausfälle gezeigt (Ziff. 3.5). Betreffend Arbeitsfähigkeit attestierte er der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 2002 (Ziff. 2). 5 .

## 5 .1

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus folgenden Berichten: 5 .2

Dr. E .\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 18. November 2011 (Urk. 5/51) die Diagnose eines chronifizierten depressiven Erschöpfungssyndroms mit Somatisierungstendenz (ICD-10 F.34.1) bestehend seit 2002 (Ziff. 1.1). Sie hielt fest, es bestehe ein anhaltend erschöpft-depressives Zustandsbild, die Beschwerdeführerin zeige fehlenden Antrieb und Lebensfreude. Dazu bestünden ein anhaltender Paarkonflikt und Belastung sowie (berechtigte) Sorgen um die drei Kinder (Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Ziff. 1.4, Ziff. 1.6-7). 5 .3

Mit Bericht vom 27. Dezember 2011 (Urk. 5/54) attestierte auch Dr. B. \_\_\_ der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6) bei einem diagnostizierten chronischen Panvertebral-Syndrom, einer muskulären Dekonditionierung sowie einer mittelschweren Depression mit sozialem Rückzug (Ziff. 1.1). 5 .4

Am 3. Juli 2012 (Urk. 5/59) brachte Dr. E. \_\_\_ vor, nach ihrer Einschätzung stehe die psychiatrische Diagnose eines ausgeprägten, chronifizierten depressiven Erschöpfungssyndroms mit Somatisierungstendenz (am ehesten im Sinne von ICD-10 F34.1) im Vordergrund. Dieses Zustandsbild habe sich über mehr als ein Jahrzehnt aus wiederkehrenden depressiven Episoden entwickelt, die zeitweise ein psychotisches Ausmass angenommen hätten. Vermutlich habe sich dies aus einer jahrelangen Überlastung als berufstätige Mutter dreier Kinder

entwickelt, aufgrund der Folgen der Migration mit soziokultureller Entwurzelung sowie wegen chronischen Eheproblemen. Sie halte die Beschwerdeführerin weiterhin, voraussichtlich auch mittel- und längerfristig, für nicht arbeitsfähig (S. 1). 5.5

Nachdem Dr. med. Z. \_\_\_ vom RAD in ihrer Stellungnahme vom 22. Mai 2012 die von den behandelnden Ärzten gestellte Diagnose bei den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage verortet hatte (Urk. 5/56/3), hielt sie in ihrer Stellungnahme vom 30. August 2012 (Urk. 5/65 S. 1-3) fest, es liege derselbe Gesundheitsschaden wie im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache vor. Für die Invalidenversicherung irrelevante psychosoziale Belastungsfaktoren würden im Geschehen überwiegen, es handle sich um ein unspezifisches Leiden. Eine koexistierende, von Schmerzen losgelöste, schwerwiegende psychische Störung sei nicht beschrieben und eine chronische körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor. Ebenso wenig sei ein sozialer Rückzug ausgewiesen oder die Therapie ausgeschöpft (S. 2 f.). 5.6

Dr. E. \_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 21. August 2014 (Urk. 5/93/3-5) als Diagnosen ein chronifiziertes depressives Erschöpfungssyndrom mit Somatisierungstendenz (im Sinne von ICD-10 F34.1) bestehend seit 2002, anhaltende psychosoziale Belastungsfaktoren sowie in somatischer Hinsicht ein chronisches Panvertebral-Syndrom und muskuläre Dekonditionierung (Ziff. 1.1). Anamnestisch führte sie aus, seit zirka 2002 habe sich bei der Beschwerdeführerin ein depressives Syndrom entwickelt. Mittlerweile bestünden anhaltende, fluktuierende Stimmungsschwankungen sowie ein ausgeprägtes subjektives Leiden mit schwerer Beeinträchtigung der Lebens- und Beziehungsgestaltung. Der Haushalt könne seit Jahren und bis heute nur mit Unterstützung der Kinder und des Ehemannes geführt werden. Aktuell beklage die Beschwerdeführerin fehlenden Antrieb, allgemeine Kraft- und Energielosigkeit, labile Stimmungslage, Gefühl der allgemeinen Sinnlosigkeit, fehlende Zukunftsperspektiven, diffuse Ängste, häufig assoziiert mit Druckgefühl über der Brust, Übelkeit, ein e m

quälende n Tinnitus sowie muskuläre n Schmerzen. Ausserdem bestehe seit Jahren Tendenz zu einem soziale n Rückzug (Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei seit 2002 durchgehend vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6) und es bestehe aus psychiatrischer Sicht auch keine Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich (Ziff. 1.11). 5.7

Dem Verlaufsbericht von Dr.

B. \_\_\_ vom 12. Oktober 2014 (Urk. 5/94/6-10) lässt sich nebst den (bekannten) Diagnosen eines chronische n generalisierten Fibro myalgie-Syndroms mit Panvertebralsyndrom, von chronischen Schmerzen am Kieferwinkel, von chronischen Nacken-Schulter-Arm-Schmerzen, einer chronische n schwere n depressive n Verstimmung mit einer somatoforme n

Schmerz störung bei schwerer psychosozialer Belastung (vgl. Ziff. 1.1) entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bisher zirka zwei Mal pro Jahr zu ihm in die Sprechstunde komme , vor allem dann, wenn die Schmerzen am ganzen Körper ein Ausmass angenommen hätten und sie genügend Energie verspüre, etwas dagegen machen zu können. In der körperlichen Untersuchung fänden sich jeweils die muskuläre Dekonditionierung , die ausgeprägte Schmerzempfindlichkeit der Sehnenansätze, aber keine neurologischen Ausfälle. Die Haushalt s ar beiten würden zum grossen Teil von d en Familienmitgliedern erledigt. Die Beschwerdeführerin sei deutlich eingeschränkt in der Planung und könne sich knapp um ihre eigenen persönlichen Bedürfnisse (Hygiene, Essen und Trinken, Bewegung) kümmern (Ziff. 1.4). Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 2008 und es sei keine Arbeit möglich und zumutbar, was sich auch auf den Grossteil der Haushalt s ar beiten beziehe (Ziff. 1.6 f.). 5 .8

Am 7. August 2015 erstattete Dr. med. und Dr. nat . ETH C.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, ein von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene s internistisch-rheumatologische s Gut achten (Urk. 4/109/1-55).

Die Gutachterin nannte keine rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48 Ziff. 9.1), hingegen als Diagnosen ohne Auswirkung gen auf die Arbeitsfähigkeit einen Nikotin-Abusus, ausgedehnte chronische Schmerzen, eine Hypercholesterinämie, einen Vitamin D-Mangel sowie einen Status nach häuslicher Gewalt durch den Ehemann im November 2010 (S. 48 Ziff. 9.2).

In der klinischen Untersuchung seien Diskrepanzen aufgefallen. Die Untersu chung des Bewegungsapparates sei durch Gegenspannung erschwert worden. Bei der direkten Prüfung der Beweglichkeit der HWS habe die Beschwerde führerin deutliche Einschränkungen gezeigt, bei Ablenkung jedoch normale Bewegung. Es bestünden zusammenfassend keine strukturellen Veränderungen, die ihre Leistungsfähigkeit einschränkten. Sie könne daher sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt ausüben, die Frauen ihres Alters üblicherweise machen könnten (S. 49).

Berufsanamnestisch habe die Beschwerdeführerin am 28. Februar 2000 begonnen, als Küchenangestellte im Y.\_\_\_\_ zu arbeiten. Ihr letzter effektiver Arbeitstag sei der 22. März 2002 gewesen, die Kündigung auf Ende Januar 2003 erfolgt. Die Arbeitszeit habe 25 Wochenstunden betragen. Gemäss Haushalt s abklärung vom 1. Juli 2003 habe die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrem Ehemann Zeitungen verteilt, diese Arbeitsstelle jedoch aus gesund heitlichen Gründen aufgegeben (S. 51).

Aus rheumatologischer Sicht habe nie eine lang andauernde Arbeitsfähigkeit bestanden. Bezogen auf ein Vollzeitpensum sei die Beschwerdeführerin für alle Tätigkeiten, die Frauen ihres Alters üblicherweise machen könnten, zu 100 % arbeitsfähig (S. 52 Ziff. 11.2-4). Die Beschwerdeführerin habe eine gute Prog nose (S. 52 Ziff. 12.3). 5 .9

Am 21. November 2015 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein von der Beschwerdegegnerin veranlasstes Gutachten (Urk. 5/113).

Der Gutachter nannte keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähig keit nannte er eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen und histrionisch -unreifen Anteilen (S. 18 Ziff. 6.2). Bei der aktuel len gutachterlichen Untersuchung habe sich eine allenfalls

leichte depressive ,

eher aber doch dysphorische Stimmung gefunden mit leichten Schwankungen der Stimme, zeitweiligen und nicht andauernden leichten Konzentrationsstörungen bei einem leicht verminderten Selbstwert-Erleben mit einem allenfalls teilweisen sozialen Rückzug, vorrangig den beruflichen Bereich betreffend. Hauptfokus der Beschwerdeschilderung seien diffuse, unspezifische Schmerzen mit wechselnden Lokalisationen, Schmerzen nach bestimmten Anstrengungen und eine unspezifische, somatisch nicht erklärbare vermehrte Erschöpfbarkeit (S. 14). Eine schwere depressive Symptomatik habe bei der aktuellen Exploration eindeutig nicht beobachtet werden können, auch eine durchgehende oder andauernde mittelgradige oder auch leichte depressive Symptomatik habe nicht bestanden. Sonst wäre allen Beteiligten sicher klar geworden, dass eine regelrechte stationäre psychiatrische Behandlung unausweichlich gewesen wäre (S. 15 unten).

Der Gutachter führte ferner – näher ausgeführt – anhand der bundesgerichtlichen Standardindikatoren eine Bewertung der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung durch und kam zum Ergebnis, dass (nebst der Dysthymia ) auch durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgewiesen seien (S. 16 ff.). 5 .10

In der bidisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung der beiden in Auftrag gegebenen rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten vom 21. November 2015 (Urk. 5/113 S. 18-25 ) nannten Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ die gleichen Diagnosen wie in ihren jeweiligen Gutachten (vgl. vorstehend E. 5 .

### **E. 6.3**

Konkrete Hinweise, die gegen die Schlüssig- und Zuverlässigkeit des bidisziplinären Gutachtens C.\_\_\_\_ / D.\_\_\_\_ sprechen, vermag die Beschwerdeführerin nicht darzulegen . Unzutreffend ist demnach die Ansicht der Beschwerdeführerin, wonach sich der psychiatrische Gutachter nicht mit den massgebenden Akten befasst habe (vgl. Urk. 1 S. 6 f.). Sowohl Dr. C.\_\_\_\_ als auch Dr. D.\_\_\_\_ haben die medizinischen Akten

zumindest in der sie betreffenden Disziplin in ihrem Gutachten umfassend aufgeführt und gewürdigt , womit auch der Einwand der Beschwerdeführerin fehlt, es seien keine fremdanamnesticen Abklärungen getätigt worden . Die abweichenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Ärzte vermögen das beweiskräftige Gutachten nicht zu entkräften. Es gilt der Grundsatz, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung

zur

Patientin mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 135 V 465 E. 4.5 ), welcher hier für den allgemein praktizierenden Hausarzt sowie die behandelnde Spezialärztin , welche die Patientin über einen längeren Zeitraum regelmässig behandelte, Anwendung findet .

Aus dem Verlaufsbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2014 (vgl. vorstehend E. 5.7) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin lediglich zwei Mal pro Jahr zu ihm in die Sprechstunde kommt , was die Aussagekraft des Hausarztes zum Gesundheitszustand zusätzlich erheblich schmälert. Ebenso lässt sich den Akten entnehmen, dass Dr. E.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin seit 2005 behandelt (vgl. vorstehend E. 4.2) , mithin schon seit über zehn Jahren, was auch dafür spricht, dass sich der eingeschlagene Therapieweg bislang offenbar nicht effektiv gezeigt hat , zumal

gemäss Dr. D.\_\_\_\_ therapeutische Verbesserungen erzielbar seien (vgl. Urk. 5/113 S. 19 Ziff. 8.1).

Unzutreffend ist ferner der Vorwurf, die Beschwerdegegnerin hätte die Beschwerdeführerin aufgrund einer Wesensveränderung auf das Vorliegen einer demenziellen Entwicklung näher abzuklären (neurologisch/neuropsychologisch) gehabt (Urk. 1 S. 5). Hierzu finden sich in den Akten keine Angaben und selbst der Hausarzt der Beschwerdeführerin verneinte das Vorliegen neurologischer Ausfälle (vgl. vorstehend E. 5.7).

7.

Gestützt auf die genannte medizinische Sachlage bestand bei der Beschwerdeführerin bereits rückwirkend seit spätestens Mitte 2012, sicherlich ab September 2013 keine Invalidität mehr und dementsprechend auch kein Rentenanspruch.

Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Frage der Qualifikation der Beschwerdeführerin, denn selbst ausgehend von

der beschwerdeführerischen

Annahme, dass sie ohne die gesundheitlichen Einschränkungen zu 100 % erwerbstätig sein würde (vgl. Urk. 1 S. 3 ff.), ergäbe dies keine Änderung im (nicht bestehenden) Rentenanspruch.

Die revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten (und im November 2013 eingestellten) ganzen Rente ist somit nicht zu beanstanden. Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung vom 17. August 2016 (Urk. 2) zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **E. 8**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld - 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  
Der Gerichtsschreiber  
Mosimann  
Brühwiler

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