

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01159 vom 23. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01159

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01159 du 23 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01159 del 23 maggio 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). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, 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 Renten bezügers 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 Arbeits fähig keit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1 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, Beweiswürdigung 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

) entspricht, einzuholen, davon aus, dass ein verbesserter Gesundheitszustand vorliegt (vgl. Urk. 2).

Eine adäquate Therapie, wie sie Prof. Z. ___ empfohlen hat (vgl. vorstehend E. 6.3), wurde, soweit ersichtlich, bisher nicht installiert. Nach Lage der Akten fand während des ganzen Rentenbezugs keine adäquate regelmässige therapeutische Behandlung statt, was einen massgeblichen psychischen Leidensdruck als fraglich erscheinen lässt. 2007 erfolgte eine einmalige Hospitalisation in der F. ___ (vgl. Urk. 6/98/5-7). Von diesem Aufenthalt konnte die Beschwerdeführerin insgesamt gut profitieren (S. 3 oben). Ansonsten fanden nur 14-tägliche Telefonate mit einer Psychologin statt und zwei bis vier Mal im Jahr Konsultationen des Psychiaters Dr. A. ___ (vgl. vorstehend E. 6.2). Weshalb der RAD die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung dennoch als lege artis beurteilte (vgl. vorstehend E. 5.3), erscheint fraglich. 7.4

Nach dem Gesagten fehlt es an einer verlässlichen Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit. Es kann deshalb nicht geprüft werden, ob eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist.

E. 1.5

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

Die Versicherte erhob am 20. Oktober 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. September 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine Rente auszurichten. Eventuell sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. November 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 15. Dezember 2016 (Urk. 7) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die medizinischen Abklärungen eine Verbesserung des

Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ergeben hätten. Die Voraussetzungen zur Weiterausrichtung der bisherigen ganzen Rente seien daher nicht mehr gegeben (S. 2 oben). Das vielfältige Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin lasse sich mit der geltend gemachten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kaum vereinbaren und weise auf zahlreiche Ressourcen hin. So gehe die Beschwerdeführerin diversen Freizeitaktivitäten nach und habe eine geregelte Tagesstruktur (Hilfe im Garten von Freunden, Betreuung einer demenzten Nachbarin, Freiwilligenarbeit). Aus medizinischer Sicht sei eine Willensanstrengung der (vor allem subjektiv verbleibenden) Defizite durchwegs zumutbar (S. 2 unten).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin vertrat den Standpunkt, dass kein Revisionsgrund vorliege. Der vom Gutachter 2015 erwähnten im Jahr 2009 eingetretenen gesundheitlichen Verbesserung habe die Beschwerdegegnerin bereits damals Rechnung getragen, indem sie den Invaliditätsgrad von bisher 100 % auf neu 78 % herabgesetzt habe (S. 5 f. Ziff. 2). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin könne nicht von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes seit 2009 ausgegangen werden (S. 6 Ziff. 3.1). Es sei nicht nachvollziehbar, aus welchen medizinischen Abklärungen die Beschwerdegegnerin einen verbesserten Gesundheitszustand ableite (S. 6 Ziff. 3.2). Gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. Z. ___ liege aktuell noch keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vor (S. 8 Ziff. 4). Die Argumentation der Beschwerdegegnerin, wonach angeblich ein vielfältiges Aktivitätsniveau und zahlreiche Ressourcen vorliegen würden, greife ins Leere, da ein willentlich nicht überwindbarer Gesundheitsschaden vorliege (S. 9 Ziff. 5.1). Zudem stünden die Ausführungen zu den vermeintlichen Ressourcen in offen sichtlichem Widerspruch zu den gutachterlichen Ausführungen, wonach vorsichtig und unter fachärztlicher Begleitung eine berufliche Wiedereingliederung anzugehen sei (S. 9 Ziff. 5.2). Anzuführen bleibe, dass die zur Überwindbarkeit vorgenommene Überprüfung in keiner Art und Weise den vom Bundesgericht im Grundsatzentscheid BGE 141 V 281 genannten Anforderungen entspreche (S. 10 Ziff. 5.3). Es liege eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor (S. 10 Ziff. 6).

E. 2.3

Strittig ist die revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente. Zu prüfen ist, ob im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 2004 eine anspruchrelevante Verbesserung eingetreten ist. 3. 3.1

Der Leistungszusprache vom 10. Dezember 2004 (Urk. 6/18) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde. 3.2

Dr. med. A. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte mit Bericht vom 22. April 2004 (Urk. 6/8) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 lit. A): - Erschöpfungsdepression im Sinne einer depressiven Episode - Burnout-Syndrom am Arbeitsplatz

Seit April 2003 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres (S. 1 lit. B). Die Beschwerdeführerin habe seit mehreren Jahren depressive Verstimmungen. Seit 2001 arbeite sie als Pflegefachfrau in einem Pflegeheim. Von der direkten Vorgesetzten sei sie als Stellvertreterin ausserkoren worden, was aber von der Pflegedienstleitung nicht akzeptiert worden sei. Es sei zu zunehmenden Konflikten am Arbeitsplatz gekommen (S. 2 lit. D Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin leide an Schlafstörungen. Sie habe zwei Wochen

praktisch nicht geschlafen. Zudem leide sie an Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Antriebsverlust. Sie benötige für alles mehr Zeit, was Überzeit zur Folge gehabt habe. Zudem leide sie an Erschöpfung, Übelkeit und Schwindel (S. 2 lit. D Ziff. 4 und 5). 3.3

Dr. A.____ führte mit Verlaufsbericht vom 27. August 2004 (Urk. 6/11) aus, die Diagnosen seien unverändert. Im Juli 2004 habe die Beschwerdeführerin einen Rückfall erlitten, nun sei sie wieder stabiler (S. 1). Zurzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Krankenpflegerin und eine Rückkehr in diesen Beruf sei nicht wahrscheinlich. Eine berufliche Umstellung sei sinnvoll. Es sei möglich, dass bei einer neuen Vision auch wieder eine Teilarbeitsfähigkeit erzielt werden könne (S. 3). 3.4

Dr. med. B.____, Regionaler Ärztlicher Dienst, RAD, ging mit Stellungnahme vom 26. Oktober 2004 davon aus, dass keine Restarbeitsfähigkeit bestehe (vgl. Urk. 6/12/3 unten) . 4. 4.1

Der Rentenbestätigung vom 16. Dezember 2005 (Urk. 6/26) lag der folgende Bericht zugrunde. 4.2

Dr. A.____ nannte mit Bericht vom 13. Dezember 2005 (Urk. 6/24) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (S. 1 lit. A) und führte aus, seit April 2003 bis auf weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 lit. B). Seit dem Rückfall im Juli 2004 sei keine Besserung eingetreten. Die Beschwerdeführerin leide immer noch unter Antriebsmangel, Initiative verlust, Morgentief, gedrückter Erschöpfung. Nach einer Tätigkeit von bis zu einer Stunde, wie zum Beispiel Spazieren mit dem Hund, sei sie müde, erschöpft. Berufliche Massnahmen seien in diesem Zustand leider nicht möglich (S. 2 Mitte). 4.3

Die Beschwerdegegnerin führte im Feststellungsblatt vom 16. Dezember 2005 (Urk. 6/25) aus, seit dem Rückfall im Juli 2004 sei keine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten. 5. 5.1

Der Rentenbestätigung vom 20. Oktober 2009 (Urk. 6/39) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde:

5.2

Dr. A.____ nannte mit Bericht vom 11. Januar 2009 (Urk. 6/29) die folgenden Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, mittelgradig - Verdacht auf bipolare Störung Typ 2

Er sehe die Beschwerdeführerin zirka halbjährlich. Dazwischen hätten sie telefonischen Kontakt. Die psychologische Betreuung erfolge telefonisch alle zwei Wochen (Ziff. 1.5). Ab Mai 2008 habe die Beschwerdeführerin im „C.____“ zuerst nachmittags, dann vormittags 3.5 Stunden gejätet. Das sei zu viel für sie gewesen. Sie habe bis September 2008 durchgehalten. Seit Oktober 2008 fahre sie mit selbstgebasteltem Handwerk zum Markt (Ziff. 1.4). Seit Oktober 2008 würden die Leitsymptome Antriebschwäche, Erschöpfung, rasche Ermüdbarkeit, körperliche Müdigkeit persistieren. Die Beschwerdeführerin sei auf dem freien Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Sie könne zwei Mal täglich ungefähr 1.5 Stunden zum Beispiel basteln, zur Ergotherapie gehen oder Kunsthandwerk gestalten. Das heisse, sie sei in einer angepassten Tätigkeit zu zirka 30 % arbeitsfähig (S. 7). 5.3

Prof. Dr. med. D.____, RAD, führte mit Stellungnahme vom 31. August 2009 (Urk. 6/37/2) aus, laut psychiatrischer Standortbestimmung vom 31. August 2009 verhindere bei der

39-jährigen Versicherten ein chronischer psychischer Gesundheitsschaden von Krankheitswert (ICD-10 F33.11) die volle Ausschöpfung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Die Versicherte werde ambulant lege artis psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt und weise inzwischen einen stabilisierten Tagesablauf mit einer weitgehend positiven Regulierung der massiven Schlafstörungen auf. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne im Sinne einer beruflichen Eingliederung versucht werden, die medizintheoretisch zu postulierende Restarbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit von etwa 20 bis 30 % eines Pensums von 100 % unter störungsspezifisch orientierten Integrationsbedingungen zu verwirklichen.

5.4

Prof. D.____ führte mit Stellungnahme vom 17. Oktober

2009 (Urk. 6/37/3) aus, es bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 20-30 % bei einem Pensum von 100 %, medizintheoretisch postuliert für beruflich zu verwertende angestammte und angepasste Tätigkeiten unter der Voraussetzung von professioneller therapeutischer und beruflicher, störungsspezifisch orientierter Integration. 5.5

Die Beschwerdegegnerin errechnete anhand eines Einkommensvergleiches gestützt auf die Annahme einer 25%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit einen Invaliditätsgrad von 78 % (Urk. 6/38). 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2016 (Urk. 2) lagen die folgenden Arztberichte vor:

E. 6.2

Dr. A.____ führte mit Bericht vom 6. Juni 2012 (Urk. 6/44/2-3) aus, es bestehe eine bipolare Störung, welche zu massiven Schwankungen geführt habe. Seit der Behandlung mit Topamax 2008 sei eine Beruhigung eingetreten. Persistierendes Leitsymptom sei die Antriebsverminderung und eine enorme Erschöpfbarkeit. Die Beschwerdeführerin habe einen Drang nach Aktivität, den sie aber nicht umsetzen könne. Sie habe massive Konzentrationstörungen. Sie gehe seit 2006 an zwei Gehstöcken. Nach einer Gehstrecke von 500 m sei sie erschöpft, müsse stehen bleiben. Somatisch seien durch den Hausarzt diverse Abklärungen gemacht worden. Neurologische oder muskuläre Störungen hätten ausgeschlossen werden können. Die Beschwerdeführerin habe sich jahrelang von einer Psychologin behandeln lassen. In den letzten Jahren seien die Konsultationen telefonisch erfolgt, da die Therapeutin alt geworden sei. Sie sei im August 2011 verstorben. Er selbst sei zwei bis vier Mal jährlich in Kontakt mit der Beschwerdeführerin (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar (S. 2).

Diese Angaben wiederholte Dr. A.____

mit Bericht vom 7. Dezember 2013 (Urk. 6/50/5-6).

E. 6.3

Prof. Dr. med. habil. Z.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 2. April 2015

das durch die Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten (Urk. 6/59) und nannte als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine nicht näher bezeichnete neurotische Störung mit ICH-Ambivalenzkonflikt (ICD-10 F48.9; S. 33 lit. E Ziff. 1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

nannte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4; S. 33 lit. E Ziff. 2). Die Diagnose einer bipolaren Störung werde durch den Psychiater Dr. A.____ nicht belegt (S. 30 Mitte). Die notwendigen klassifikatorischen Symptome weise die Versicherte nicht auf. Es sei zu keinen (hypo-)manischen Phasen bei der Versicherten gekommen. Es dominierten Symptome einer raschen Ermüdbarkeit und Erschöpfung. Die Diagnose einer bipolaren Störung könne daher gutachterlicherseits nicht gestützt werden (S. 30 unten). Psychiatrische Hospitalisationen seien seit der letzten Rentenrevision nicht erfolgt (S. 31 Mitte). Da der behandelnde Psychiater von einer bipolaren Störung ausgehe, sei nicht anzunehmen, dass eine störungsspezifische Behandlung erfolge/erfolgt sei. Die Frequenz der psychiatrischen Konsultationen mit zwei- bis viermalig pro Jahr lasse vermuten, dass eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung nicht erfolgt sei (S. 32 Mitte). Die ICH-Störung sei als bewusstseinsfern einzustufen. Deshalb könne eine willentliche Überwindung der Störung nicht angenommen werden. Sie sei jedoch mittels einer störungsspezifischen psychotherapeutischen Therapie behandelbar (S. 32 unten). Das Aktivitätsniveau der Versicherten werde durch den innerpsychischen Abwehrmechanismus (Energielosigkeit) gestört. Die Prognose sei vom Ergebnis einer entsprechenden hochfrequenten psychotherapeutischen Behandlung abhängig. Diese solle in einem stationären Setting begonnen und dann ambulant fortgeführt werden (S. 33 oben). Unter adäquater Therapie sei innerhalb eines Zeitraumes von 12 bis 18 Monaten mit der schrittweisen beruflichen Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin zu rechnen. Aktuell könne eine vorsichtige berufliche Wiedereingliederung erfolgen mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit in geschütztem Rahmen mit einem Pensum von 50 % wiederherzustellen. Es sei zunächst ein Belastbarkeits- und Arbeitstraining durchzuführen mit dem Ziel, die Beschwerdeführerin an die prinzipiellen Erfordernisse eines Arbeitsalltages zu gewöhnen. Eine Phase der weiteren psychischen Stabilisierung habe den beruflichen Massnahmen voranzugehen (S. 34 Mitte).

E. 6.4

Dr. A.____ führte mit Bericht vom 27. Mai 2016

(Urk. 6/78/ 6-7) aus, es bestehe weiterhin ein Residualzustand mit Antriebsverlust und Erschöpfung bei einer bipolaren Störung. Zudem bestehe eine asthenische Persönlichkeitsstörung. Im Juli 2015 habe die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Marktaktivität einen Zusammenbruch erlitten. Im Januar 2016 habe sie das Arbeitsintegrationsprojekt begonnen (S. 1). Sie habe es aus gesundheitlichen Gründen nicht geschafft, die geforderten 5 x 4 Stunden pro Woche im Belastbarkeitstraining hinzukriegen. Sie habe sich bis heute nicht von den Strapazen des Integrationsversuchs erholt. Sie bleibe auf dem ersten Arbeitsmarkt weiterhin nicht mehr vermittelbar. Er empfehle weiterhin das Entrichten einer Rente (S. 2).

E. 6.5

Dr. A.____

nannte mit Bericht vom 5.

August

2016 (Urk. 6/98/1-4)

die folgenden Diagnosen (S. 2 unten): - bipolare Störung (ICD-10 F31.3) - chronifizierter dysthymischer Zustand - schwere asthenische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7)

Die Beschwerdeführerin habe sich auch einer stationären Behandlung unterzogen (vgl. Urk. 6/98/5-7). Sie habe über viele Jahre extreme affektive Schwankungen gehabt. Die depressiven Phasen hätten eindeutig überwiegt, aber auch maniforme Phasen mit Angetriebenheit, Kritiklosigkeit und der Tendenz, sich unreflektiert zu übernehmen, seien aufgetreten (S. 2 unten). Der Abbruch des Belastbarkeitstrainings für die Arbeitsintegration sei aus gesundheitlichen Gründen erfolgt (S. 3 Mitte). Da die Diagnose der bipolaren Störung bis anhin von Gutachter und RAD verneint worden sei, sei es ihnen auch ein Leichtes, das Leiden der Beschwerdeführerin als unsubstantiiert und nicht von Krankheitswert zu taxieren. So könne auch argumentiert werden, das Leiden sei überwindbar. Dem sei aber keinesfalls so. Die Beschwerdeführerin sei, obwohl sie willens sein würde, ihren Beitrag zu leisten, dazu aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage (S. 3 unten).

E. 6.6

Med. prakt. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD , führte mit Stellungnahme vom 10. Juni 2015 (Urk. 6/80/8 unten) aus, in mehreren Befunden (Erschöpfung, Ermüdbarkeit) liege gegenüber 2009 eine gesundheitliche Verbesserung vor. Ebenso habe Dr. A.____ 2009 „eine massive Antriebsstörung“ festgestellt. Der psychiatrische Gutachter habe sich nicht explizit zum Antrieb geäußert, allerdings beschreibe er mehrere Akteviäten, so dass nun nicht von einer massiven Antriebsstörung gesprochen werden könne. Zusammengefasst stehe fest, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe. 7. 7.1

Mit der ursprünglichen Rentenverfügung vom 10. Dezember 2004 (Urk. 6/18) wurde der Beschwerdeführerin ab 1. April 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 100

% eine ganze Rente zugesprochen. Die Rentenzusprache erfolgte gestützt auf die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. A.____, welcher eine Erschöpfungsdepression im Sinne einer depressiven Episode sowie ein Burnout-Syndrom am Arbeitsplatz diagnostiziert hatte und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen war (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.3). Dabei fällt auf, dass Dr. A.____ keine Angaben zum Schweregrad der Erschöpfungsdepression machte. Zudem lagen der Beschwerdegegnerin keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vor. Schliesslich ist fraglich, ob den damals genannten Diagnosen überhaupt eine invalidsierende Wirkung zukommt. So sind Depressionen nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung im Allgemeinen therapeutisch gut angebar und stellt ein „ Burn-out“ als Z-Diagnose (ICD-10 Z73.0) keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 4.1 mit Hinweis auf 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit weiteren Hinweisen). Die der Rentenzusprache 2004 zugrunde liegenden medizinischen Akten erscheinen damit nicht als ausreichend, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beurteilen zu können.

Auch den weiteren Arztberichten sind keine genügenden Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. So nahm die Beschwerdeführerin im Jahr 2005 wiederum einzig gestützt auf einen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. A. ___ einen unveränderten Rentenanspruch an. Er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung und ging nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. vorstehend E. 4.2). Auch aus diesem rudimentär abgefassten Bericht geht der Schweregrad der Depression nicht hervor und fehlen Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

Die medizinische Aktenlage, welche der Rentenbestätigung 2009 zugrunde lag, erscheint ebenfalls als unzureichend. So wurde von Dr. A. ___ nebst einer mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung der Verdacht auf eine bipolare Störung Typ 2 geäußert (vgl. vorstehend E. 5.2). Indes ist letztere Diagnose angesichts der genannten Befunde nicht nachvollziehbar. Dr. A. ___ ging nunmehr von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus, wies aber gleichzeitig darauf hin, dass die Beschwerdeführerin auf dem freien Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sei. Eine nähere Begründung dieser Einschätzung fehlt. Der RAD ging, ebenfalls ohne nähere Begründung, von einer 20 bis 30%igen Arbeitsfähigkeit bei störungsspezifisch orientierten Integrationsbedingungen aus (vorstehend E. 5.3).

Die der ursprünglichen Rentenzusprache und den darauffolgenden Rentenbestätigungen zugrunde liegenden medizinischen Akten erscheinen nach dem Gesagten nicht als ausreichend, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beurteilen zu können. Unter diesen Umständen kann nicht geprüft werden, ob im Vergleich dazu eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist.

Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2016 (Urk. 2) präsentierte sich die Situation wie folgt: Dr. A. ___ diagnostizierte nach wie vor eine bipolare Störung. Zudem nannte er als Diagnose einen chronifizierten dysthymischen Zustand und eine schwere asthenische Persönlichkeitsstörung (vorstehend E. 6.5). Der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. Z. ___ nannte im Jahr 2015 als einzige Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine nicht näher bezeichnete neurotische Störung mit ICH-Ambivalenzkonflikt (ICD-10 F48.9) und entkräftete insbesondere die Diagnose einer bipolaren Störung. Er war der Ansicht, unter adäquater Therapie sei innerhalb eines Zeitraumes von 12 bis 18 Monaten mit der schrittweisen beruflichen Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin zu rechnen. Es könne eine vorsichtige berufliche Wiedereingliederung erfolgen mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit in geschütztem Rahmen mit einem Pensum von 50 % wie der herzustellen (vgl. vorstehend E. 6.3). Bei einem Belastbarkeitstraining, welches die Beschwerdeführerin von Januar bis März 2016 durchlief, konnte jedoch das gesetzte Ziel von vier Stunden pro Tag im dritten Monat nicht erreicht werden. Bereits drei Stunden Anwesenheit pro Tag gelangen nicht konstant (vgl. Urk. 6/73). Trotzdem ging die Beschwerdeführerin in der Folge, ohne erneute Stellungnahme von Prof. Dr. Z. ___ oder eine neue ärztliche Beurteilung, welche den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E.

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).

E. 8.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

E. 8.2

Zusammenfassend erweist sich die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs als unvollständig, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen ist, damit diese nach ergänzenden psychiatrischen Abklärungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfügen kann.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. Damit erübrigt sich eine Prüfung der von der Beschwerdeführerin gerügten Verletzung des rechtlichen Gehörs (vgl. Urk. 1 S. 10 Ziff. 6).

E. 9.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

E. 9.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Die Prozessentschädigung ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 185.-- (zuzüglich MWSt) ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. September 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im

Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Procap Schweiz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Keller

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