

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01325 vom 27. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01325

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01325 du 27 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01325 del 27 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1961 geborene X.____ bezieht seit September 2007 eine ganze Invalidenrente (Urk. 7/39). Im März 2014 leitete die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, eine Rentenrevision ein (Urk. 7/52). Nach Einholung von Auskünften der behandelnden Ärzte (Urk. 7/54, Urk. 7/57) beauftragte sie die Y.____ mit einer psychiatrischen Begutachtung (Gutachten vom 29. März 2016, Urk. 7/72/2-19). Daraufhin forderte sie die Versicherte mit Schreiben vom 4. Juli 2016 unter Hinweis auf ihre Schadenminderungspflicht auf, sich einer adäquaten antidepressiven Medikation sowie einer regelmässigen Psychotherapie mit Augenmerk auf das ausgeprägte Vermeidungsverhalten und Ausschleichen der Benzodiazepine zu unterziehen (Urk. 7/75). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/76 ff.) hob die Verwaltung mit Verfügung vom 28. Oktober 2016 die rentenzusprechende Verfügung vom 12. März 2010 wiedererwägungsweise auf und stellte die bisher ausgerichtete Rente ein (Urk. 2).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 28. November 2016 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und weitere Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente. Daneben ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2017 schloss die Verwaltung auf teilweise Gutheissung der Beschwerde und Rückweisung der Angelegenheit an sie zwecks Durchführung von Eingliederungsmassnahmen (Urk. 6 S. 2). Mit Eingabe vom 28. Februar 2017 hielt die Beschwerdeführerin am gestellten Antrag fest (Urk. 13 S. 2), worüber die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 6. März 2017 orientiert wurde (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts kann die Verwaltung auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, die nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zu rückkommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]; BGE 133 V 50 E. 4.1).

Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller

Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung denkbar (Bundesgerichtsurteil 9C_135/2014 vom 14. Mai 2014 E. 3 mit Hinweisen).

Damit genügt eine voraussetzungslose Neubeurteilung der Invaliditätsmassigen Voraussetzungen nach ständiger Rechtsprechung nicht, um eine Invalidenrente auf dem Wege der Wiedererwägung herabzusetzen oder gar aufzuheben. Denn eine Reduktion der Rente unter dem Titel "Wiedererwägung" kann wie dargelegt nur bei Unvertretbarkeit der ursprünglichen Renten zusprache erfolgen, drohte die Wiedererwägung in einer Vielzahl (langjähriger) Rentenbezugsverhältnisse ansonsten doch zum Instrument einer solchen voraussetzungslosen Neuprüfung zu werden, was sich mit dem Wesen der Rechtsbeständigkeit formell zugesprochener Dauerleistungen nicht vertrüge (Bundesgerichtsurteil 8C_678/2012 vom 1. Februar 2013 E. 2 mit Hinweisen).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die wiedererwägungsweise Rentenaufhebung damit, dass die Rentenzusprache mit Verfügung vom 12. März 2010 im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Juni 2009 (Urk. 7/29) basiere; die gestellte psychiatrische Diagnose sei klar als falsch zu taxieren, weshalb die damalige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf falschen Grundlagen beruht habe. Im Rahmen der aktuellen Rentenrevision sei eine neue, umfassende, medizinische Abklärung in Auftrag gegeben worden. Laut Gutachten der Y.____ vom 29. März 2016 (Urk. 7/72/2-19) seien die persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin erheblich. Es bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit. Eine Gesamtwürdigung aller Einschränkungen und Ressourcen habe ergeben, dass es der Beschwerdeführerin trotz ihrer Beschwerden zumutbar sei, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Mit den im Schreiben bezüglich Schadenminderungspflicht erwähnten Massnahmen sei eine wesentliche Verbesserung des Zustandes mittel- bis langfristig zu erreichen. Es sei eine Arbeitsfähigkeit bis zirka 75-80 % zu erwarten. Jegliche tiefere Arbeitsfähigkeit sei aus medizinischer Sicht auf Symptomaggravation und motorische Hindernisse zurückzuführen (Urk. 2 S. 2 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass Dr. Z.____s Gutachten vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) geprüft und mit Bezug auf Diagnose und Arbeitsfähigkeitseinschätzung als nachvollziehbar erachtet worden sei, weshalb kein Wiedererwägungsgrund gegeben sei (Urk. 1 S. 5 f.). Eine Aufhebung oder Reduktion der Invalidenrente infolge eines verbesserten Gesundheitszustandes komme nicht in Frage, denn gemäss dem Gutachten der Y.____ handle es sich um einen unveränderten Gesundheitszustand (Urk. 1 S. 6 f.). Schliesslich sei sie bei Erlass der angefochtenen Verfügung bereits 55 Jahre alt gewesen, womit die

Renteneinstellung solange nicht gerechtfertigt sei, als die Beschwerdegegnerin die Wiedereingliederung nicht aktiv gefördert und sie nicht hinreichend auf die berufliche Eingliederung vorbereitet habe (Urk. 1 S. 7).

E. 3.1

und 3.2).

E. 3.1.1

Im psychiatrischen Gutachten vom 22. Juni 2009 (Urk. 7/29) stellte Dr. Z.____ folgende Diagnosen: - Mittelgradige Depression (ICD-10 F32.1) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Weiter gab der Gutachter an, die Explorandin sei „derart traurig und in dem Ereignis“ [Ermordung des zweiten Ehemannes durch den Ex-Ehemann], dass es wirke, „als ob es erst gestern geschehen sei“. Sie fühle sich energie-, initiativ- und freudlos sowie traurig. Ihr Selbstvertrauen sei gesunken. Sie leide unter Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, gesteigertem Appetit und wiederkehrenden Gedanken an den Tod. Bei einer reinen Addition der Kriterien müsste eine schwere depressive Episode diagnostiziert werden, was aber nicht ganz dem klinischen Eindruck entspreche. Gesamthaft sei eher von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Einerseits sei die Depression klar reaktiv bedingt. Eine reaktive Depression (ICD-10 F43) im Sinne der ICD-10 wäre jedoch leichteren Ausmasses und von kürzerer Dauer. Gegen eine rezidivierende depressive Störung spreche, dass der Zustand zwar etwas fluktuierende, es aber keine klar voneinander getrennte Episoden mit dazwischen liegenden symptomfreien Zeiten von mindestens zwei Monaten gebe, sondern der Zustand mehr oder weniger seit dem Jahr 2000 so bestehe, mit einer leichten Tendenz zur Verschlechterung. Um sowohl dem Schweregrad wie auch der Dauer der Erkrankung gerecht zu werden, werde hier eine depressive Episode diagnostiziert (S. 7).

Die Depression werde begleitet von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Beschwerdeführerin erlebe anhaltend die Situation wieder, in der sie vom Tod des Ehemannes erfahren habe, vor allem nachts, aber auch tagsüber. Sie habe jahrelang im Gefühl der massiven Bedrohung durch den späteren Mörder gelebt. Selbst jetzt rechne sie noch im Gefühl mit der anhaltenden Bedrohung. Sie habe sowohl den Täter wie auch das Opfer gekannt und könne sich so einen eigenen Film der Tat konstruieren, was auch nachts im Traum passiere. Der Mord selbst könne darüber hinaus auch als Ereignis betrachtet werden, das nochmals die ganze Bedrohlichkeit der von der Explorandin selbst erlebten Situation anhaltender und aussergewöhnlicher Bedrohung verdeutliche und nochmals akzentuiere. Deshalb sei das Kriterium A als Äquivalent zu betrachten. Die Beschwerdeführerin erlebe anhaltende Erinnerungen mit Wiedererleben der Mitteilung vom Tod des Mannes durch die Polizei. Ebenso laufe im Schlaf ein sich wiederholender Film ab, in dem sie den Mord anhand von vielen Informationen zu den beteiligten Personen und zum Tatort plastisch rekonstruiere. Werde die anhaltende Atmosphäre der Bedrohung durch den Mann als traumatisierende Situation miteinbezogen, lägen auch dafür lebhafte Erinnerungen vor (Kriterium B). Die Beschwerdeführerin vermeide Umstände, die sie an den Mord erinnern könnten. So habe sie keine Ahnung vom Aufenthaltsort des Ex-Mannes, obwohl sie sich von ihm bedroht fühle und aus diesem Grund eigentlich darüber informiert sein müsste, um sich besser schützen zu können (Kriterium C). Ferner zeige sie anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensibilität und Erregung mit einer erhöhten

Schreckhaftigkeit (Kriterium D). Die Ein- und Durchschlafstörungen sowie die Konzentrationschwierigkeiten könnten auch als Symptome der Depression verstanden werden. Die Symptome seien innerhalb eines Monats aufgetreten (Kriterium E; S. 7).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit gab der Gutachter an, es müsse berücksichtigt werden, dass die Beschwerdeführerin unter einer chronischen und komplexen Symptomatik mit eindeutigen Krankheitswert leide. Sie habe nur minimale Ressourcen, auf die in der Therapie zurückgegriffen werden könne. Die Symptomatik sei aber prinzipiell psychopharmakologisch und psychotherapeutisch behandelbar, und ihr sei diese Behandlung zumutbar (S. 7). Die Arbeitsfähigkeit sei unter Einbezug der zumutbaren Willensanstrengung auf 20 % angegeben, da neben der grossen Belastung durch depressive und posttraumatische Symptome die geringen Ressourcen berücksichtigt werden müssten. Bei der obigen Arbeitsfähigkeit sei ein sekundärer Krankheitsgewinn bereits berücksichtigt (S. 8 f.).

E. 3.1.2

RAD-Arzt Dr. A.____ gab in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2009 (Urk. 7/33 S. 4) an, im Gutachten werde plausibel dargelegt, dass zusätzlich zur nicht in Zweifel gezogenen Diagnose einer Depression tatsächlich Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Es bestehe eine chronische und komplexe Symptomatik mit eindeutigen Krankheitswert. Das Gutachten sei umfassend, beruhe auf einer Diskussion der Vorakten, der Anamnese und der eigenen Untersuchung und komme zu plausiblen Schlussfolgerungen, denen man sich anschliessen könne. Für bisherige wie angepasste Tätigkeit sei von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit auszu gehen.

E. 3.2

In dem im Rahmen des Revisionsverfahrens in Auftrag gegebenen Gutachten der Y.____ vom 29. März 2016 (Urk. 7/72/2-19) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 11): - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Low-Dose-Benzodiazepinabhängigkeit
Laut Angaben der Versicherten den Gutachtern gegenüber hatte sie 2000 bis 2015 alle zwei Wochen bei Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Gesprächstermin auf Deutsch gehabt, und steht seit 2015 beim praktischen Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie C.____ in Behandlung, mit monatlichen Terminen (S. 9). Dem Gutachten lässt sich so dann entnehmen, dass der Psychiater C.____ im Rahmen der von den Gutachtern eingeholten Fremdanamnese angegeben hatte, die Beschwerdeführerin erst dreimal gesehen zu haben. Er könne keine genaueren Auskünfte über sie geben, da sie nur zu Kurzkonsultationen gekommen sei, wo es um Einschätzung der Suizidalität und Verschreibung der Medikamente gegangen sei. Sie sei schwer zugänglich und habe ein niedriges Strukturniveau. Eine Psychologin in der Praxis betreue sie auf emotionaler Ebene. Aufgrund der Sprachbarriere kommuniziere diese mit Händen und Füßen. Dennoch habe der Psychiater C.____ das Gefühl geäussert, dass die Versicherte von den Gesprächen mit der Psychologin profitiere (S. 10).

Weiter führten die Gutachter aus, bei der Versicherten zeige sich eine seit 2000 bestehende, leicht- bis mittelgradige Depression. Diese habe unterschiedliche Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand gehabt. Aufgrund von Anfällen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen habe die Versicherte ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen können, so dass ihr gekündigt worden sei. Bei den Anfällen, welche hauptsächlich während der Arbeit

oder bei Arztbesuchen aufgetreten seien, habe sie hyperventiliert, die Augen verdreht, sei nicht ansprechbar gewesen und zu Boden gesunken. Innerhalb weniger Minuten habe sie sich wie der erholt. Drei Arbeitsversuche in den Jahren 2004 bis 2007 seien an dieser Symptomatik gescheitert. Eine antidepressive Medikation sei aktenanamnestisch nur im Jahr 2009 dokumentiert, wobei unklar sei, wie lange und in welcher Dosierung das Antidepressivum eingenommen worden sei. Der langjährige Verlauf habe schliesslich zu einer chronifizierten Symptomatik geführt (S. 11).

Mit Bezug auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung stellten die Gutachter fest, das Kriterium A gemäss der ICD-10 Klassifikation sei nicht erfüllt, da die Versicherte nicht unmittelbare Zeugin des gewaltsamen Todes des Ehemannes gewesen sei. Die im Gutachten von Dr. Z.____ 2009 dennoch gestellte Diagnose lasse sich allenfalls anhand des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-5 diskutieren, wobei nach diesem Klassifikationssystem im deutschsprachigen Raum üblicherweise keine Diagnosen gestellt würden. Aber auch weitere Kriterien seien nicht erfüllt. Das Kriterium B (anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerscheinungen, sich wiederholende Träume) treffe auf die Patientin nicht zu. Es würden auf Nachfrage keine anhaltenden Erinnerungen oder Alpträume berichtet. Das Kriterium C (Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stünden, würden möglichst vermieden) treffe nicht zu. Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit (Kriterium D) seien bei der Patientin nicht vorhanden. Sie berichte, nachts gut schlafen zu können. Die angegebenen Konzentrationsschwierigkeiten seien am ehesten im Rahmen der depressiven Symptomatik zu interpretieren. Zusammenfassend seien die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt (S. 12 f.).

Zum diagnostizierten Abhängigkeitssyndrom gaben die Gutachter an, die Versicherte berichte, seit 15 Jahren täglich 1-2 mg Lorazepam zu konsumieren. Dies helfe ihr beim Ein- und Durchschlafen. Sie gingen von einer Low-Dose-Benzodiazepinabhängigkeit aus, da die Kriterien starkes Verlangen zum Konsum und körperliches Entzugssyndrom, die eine Low-Dose-Abhängigkeit unterhielten, sehr wahrscheinlich erfüllt seien und von den vier übrigen ICD-10 Merkmalen einer Abhängigkeit keines vorliege (S. 13).

Die depressive Symptomatik sei leicht bis mittelgradig ausgeprägt. Durch den langjährigen Krankheitsverlauf müsse von einer mittlerweile chronifizierten Depression vor dem Hintergrund fehlender Veränderungsmotivation ausgegangen werden. Unter der Voraussetzung einer adäquaten antidepressiven Medikation sowie konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Betreuung sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % gegeben. Erschwerend komme sicherlich die fehlende Motivation zur Arbeit hinzu, welche nicht depressionsbedingt sei, da die Versicherte im Alltag jeweils in der Lage sei, sich regelmässig mit ihren Freundinnen zu treffen (S. 14). Der reduzierte Antrieb und die reduzierte Konzentration führten zu einer verminderten Leistungsfähigkeit, wobei auch hier an die mangelnde Veränderungsmotivation gedacht werden müsse (S. 15). Die früher ausgeübten Tätigkeiten bei der D.____ und später im Reinigungsdienst stellten bereits angepasste Tätigkeiten dar, so dass hier im Bereich der Hilfsarbeitertätigkeit kein Unterschied zu angepasster Tätigkeit mehr vorgenommen werde (S. 16).

Aktuell sei eine prognostische Einschätzung der Entwicklung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten schwierig. Bei einer eingetretenen Chronifizierung sei die Prognose grundsätzlich eher ungunstig. Allerdings sei aus

psychiatrischer Sicht 15 Jahren nach dem Ereignis durchaus eine namhafte Besserung zu erwarten. Es werde empfohlen, eine adäquate antidepressive Medikation zu initiieren. Die Versicherte habe derzeit keine antidepressive Medikation. Des Weiteren werde empfohlen, das Augenmerk auf das ausgeprägte Vermeidungsverhalten der Versicherten zu richten und den Gebrauch von Benzodiazepinen sobald als möglich auszuschleichen. Eine Therapie im stationären Rahmen sei zumutbar und sinnvoll, weil sich dadurch die Arbeitsfähigkeit langfristig bessern könne und ein positiver Effekt im Hinblick auf die depressive Episode erwartet werden dürfe. Hier sei an Selbstwertstärkung, Tagesstruktur und positive Aktivitäten gedacht. Die Therapien würden zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausgeschöpft (S. 17).

Abschliessend hielten die Gutachter fest, dass es sich im Wesentlichen um einen seit 2009 unveränderten Gesundheitszustand handle, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anders beurteilt würden (S. 18).

E. 3.3

RAD-Arzt Dr. med. E. ____, Facharzt für Allgemeine Medizin, bestätigte in seiner Stellungnahme vom 12. Mai 2016 (Urk. 7/74 S. 5 f.) die von den Gutachtern der Y. ____ gestellten Diagnosen. Weiter bemerkte er, eine posttraumatische Belastungsstörung sei klar nicht gegeben, da keines der verlangten Kriterien erfüllt sei. Die chronifizierte mittelgradige depressive Störung sei mit den Hauptkriterien der niedergedrückten Stimmung und des reduzierten Antriebs gegeben. Als Nebenkriterien lägen Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls, vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen sowie Unschlüssigkeit vor. Aufgrund des langjährigen Bestehens der Befunde, ohne dazwischen liegende symptomfreie Zeiten, sei eine Chronifizierung zu postulieren.

Aufgrund der Befunde sei die Beschwerdeführerin als zu 50 %, beziehungsweise an

E. 4

Stunden pro Tag arbeitsfähig

zu taxieren. Jegliche tiefere Arbeitsfähigkeit sei auf Symptomaggravation und motivatorische Hindernisse zurückzuführen. Die Arbeit sollte eine geringe kognitive Herausforderung beinhalten. Im Privatbereich zeige

die Beschwerdeführerin ein deutlich hohes Aktivitätsniveau. Sie treffe sich regelmässig mit Freundinnen, was mit Freude und Zufriedenheit geschehe. Sie habe guten Kontakt zu den Kindern aus erster Ehe. Sie benutze problemlos die öffentlichen Verkehrsmittel. Einmal im Jahr unternahme sie eine Busreise nach Mazedonien und besuche dort die Familie für zwei bis drei Wochen. Die objektiven Befunde seien gegenüber 2009 zwar in etwa gleich. Die Einschätzung von deren Auswirkungen

sei jedoch anders. Dabei sei klarzustellen, dass die früher gestellte Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung, die auch in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen sei, als klar falsch zu taxieren sei. Somit habe die frühere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit klar auf falschen Grundlagen beruht. Daher sei die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % dem gesamten Störungsbild eindeutig besser entsprechend als die frühere, höhere Arbeitsunfähigkeit.

Unter einer adäquaten antidepressiven Medikation und regelmässiger Psychotherapie mit Augenmerk auf das ausgeprägte Vermeidungsverhalten und Ausschleichen der Benzodiazepine könne mittel- bis langfristig eine Besserung bis hin zu einer Arbeitsfähigkeit von zirka 75 % bis 80 % erreicht werden.

E. 4.1

Das für ein wiedererwägungswertes Zurückkommen auf den Rentenentscheid unter anderem notwendige Erfordernis der erheblichen Bedeutung der Berichtigung der seinerzeitigen Verfügung ist angesichts der zur Diskussion stehenden Dauerleistung ohne weiteres gegeben (BGE 119 V 480; ferner Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, N 58 zu Art. 53 ATSG). In Frage steht die zweifellose Unrichtigkeit.

E. 4.2.1

Die Rentenzusprechung im Jahr 2010 beruhte gemäss dem ihr zugrunde liegenden psychiatrischen Gutachten von Dr. Z. ___ vom 22. Juni 2009 (E. 3.1.1) so wie der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. A. ___ vom 8. Juli 2009 dazu (E. 3.1.2) auf den Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie einer mittelgradigen Depression (ICD-10 F32.1).

Mit Bezug auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ist zu nächst festzuhalten, dass tatsächlich fraglich erscheint, ob die –

zwar unbestritten sehr belastende Mitteilung des Todes des Ehemannes beziehungsweise dessen Ermordung durch den Ex-Ehemann als traumatisches Ereignis im Sinne von ICD-10 F43.1 angesehen werden darf. Danach wird eine posttraumatische Belastungsstörung anerkannt, wenn sie als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses entsteht, die in fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder der Umstand, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein (ICD-10 F43.1;

Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 207). Dass die Beschwerdeführerin ihren Schicksalsschlag subjektiv als äusserst traumatisch erlebt hat, ändert daran nichts. Eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums und damit auch die Berücksichtigung von Ereignissen, die keine aussergewöhnliche Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben eines Patienten eine Traumatisierung auslösen können, mag therapeutisch Sinn machen. Für die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung, welche zwangsläufig eine gewisse Objektivierung verlangt, kann das subjektive Empfinden nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung aber nicht massgebend sein (vgl. dazu unter anderem die Urteile des Bundesgerichts 9C_554/2009 vom 18. August 2009 E. 6 mit Hinweisen

sowie 9C_775/2009 vom 12. Februar 2010 E. 4.1).

Zwar enthält das Klassifikationssystem DSM-5 eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums und anerkennt damit auch Ereignisse, die keine aussergewöhnliche Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben eines Patienten eine Traumatisierung auslösen können. Ob unter diesen Umständen die Diagnose der

posttraumatische Belastungsstörung nach DSM

zu Recht gestellt wurde wobei diese Frage von den Gutachtern der Y.____ nicht abschliessend beantwortet wurde, kann jedoch offen bleiben. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist auf die Kriterien nach ICD-10 abgestellt und eine invalidisierende posttraumatische Belastungsstörung nur anerkannt worden, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt wie zum Beispiel nach Vergewaltigung oder mehrmonatiger Lagerhaft, nicht aber zum Beispiel nach Verkehrsunfall (vgl. in Bezug auf die 4. Fassung des DSM das Urteil des Bundesgerichts 9C_554/2009 vom 18. August 2009 E. 6 mit und zahlreichen Hinweisen auf die damalige Rechtsprechung).

Aus diesen Gründen vermag die von Dr. Z.____ im psychiatrischen Gutachten vom 22. Juni 2009 gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung selbst unter dem Blickwinkel der damaligen Rechtspraxis keineswegs zu überzeugen.

E. 4.2.2

Unter diesen Umständen hätte der RAD-Arzt Dr. A.____

in der für die Rentenzusprache massgebenden Stellungnahme vom 8. Juli 2009 (Urk. 7/33 S. 4; E. 3.1.2)

genauer darlegen müssen, ob beziehungsweise weshalb die soweit unbestrittene (vgl. auch Urk. 1 S. 5)

Diagnose einer mittelgradigen Depression zur Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % genügt. Allenfalls hätte der Internist Dr. A.____ einen über eine fachliche Qualifikation im Fachgebiet der Psychiatrie verfügenden Arzt beiziehen sollen. Jedenfalls hätte in der vorliegenden Konstellation auf eine fundierte (und nicht lediglich floskelhafte) Auseinandersetzung mit den erhobenen Befunden, den gestellten Diagnosen und der attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht verzichtet werden dürfen.

E. 4.2.3

Damit fehlte es im Zeitpunkt der Rentenzusprache an hinreichend sorgfältigen fachärztlichen Abklärungen. Da die Beschwerdegegnerin damit ihrer Abklärungspflicht nur ungenügend nachgekommen war, beruhte die Leistungszusprache auf einer rechtsfehlerhaften Invaliditätsbemessung und muss daher als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne bezeichnet werden.

E. 5.1

Bei Bejahung der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Leistungsverfügung hat rechtsprechungsgemäss eine freie Beurteilung der Rentenanspruchs voraussetzungen nach den Verhältnissen im Zeitraum bis zum Erlass der die Rente ex nunc aufhebenden Wiederwägungsverfügung stattzufinden. Zu prüfen bleibt die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C_868/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 5.2

Das psychiatrische Gutachten der Y.____

vom 29. März 2016 (E. 3.2) entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumfänglich. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es beruht auf einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung und berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie das von der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchungsgespräche an den Tag gelegte Verhalten. Die Gutachter schilderten ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzten sich detailliert damit auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten insbesondere des der Rentenzsprache zugrundeliegenden Gutachtens von Dr. Z.____

abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die Schlussfolgerungen als begründet.

Die Gutachter würdigten namentlich die auffälligen Reaktionen der Beschwerdeführerin in unangenehmen Situationen (Hyperventilation, Verlust von Körperspannung und Ansprechbarkeit) sowie deren fragliche Compliance in der ambulanten Therapie.

E. 5.3

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson in gegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu.

Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus Ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E).

E. 5.4

Bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf 50 % berücksichtigten

die Gutachter der Y.____ die reduzierte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit (Urk. 7/72/2-19 S. 15; E. 3.2). Aus diagnostischer Sicht liegt dieser attestierten Arbeitsunfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode zugrunde (Urk. 7/72/2-19 S. 11). Demgegenüber weicht die Beschwerdeführerin von der gutachterlich geschätzten Arbeitsfähigkeit in der angespannten Tätigkeit ab und reduziert den Umfang der Einschränkung nach einer Prüfung der Ressourcen (Urk. 2 S. 2 f.).

E. 5.5.1

Nach aktueller Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2), einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis ; vgl. unlängst auch Bundesgerichtsurteil 8C_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 4.3 und 4.4). Dazu kommt, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

E. 5.5.2

Nach Lage der Akten konnten weder der langjährige Psychiater Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Schreiben vom 1. Juni 2014 (Urk. 7/54) noch der Hausarzt Dr. med. F.____ , Facharzt für Allgemeine Medizin, im Bericht vom 28. Juli 2014 (Urk. 7/57) konkrete Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand, zur laufenden Behandlung und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin machen und wiesen auf deren schlechte Sprachkenntnisse hin. Gemäss der von den Gutachtern der Y.____ eingeholten Auskunft des die Beschwerdeführerin seit 2015 behandelnden Psychiaters C.____ (Urk. 7/71/2-19 S. 10; E. 3.2) kann weder von einer regelmässigen psychiatrischen Behandlung noch von einer guten Compliance der nicht sämtliche Termine wahrnehmenden Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Schliesslich stellten die Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin keine antidepressive Medikation habe (Urk. 7/72/2-19 S. 17).

Von einer konsequenten fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung , wie sie von der Rechtsprechung verlangt wird, damit der (mittel gradigen) Depression eine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden darf, kann damit keine Rede sein. Die vom Psychiater C.____ beschriebene Unbeständigkeit der Behandlung stellt zudem auch den Leidensdruck der Beschwerdeführerin in Frage.

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