

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00837 vom 21. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00837

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00837 du 21 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00837 del 21 marzo 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) . Sie kann Folge von Geburts ge brechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

über die Invalidenversicherung, IVG) . Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente , wenn sie min destens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente , wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

E. 1.3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich geblie be nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf ga benbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hin sichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hin weisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesent lichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbe acht lich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

E. 1.3.2

Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten erfolgt gemäss Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an.

E. 1.4

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Mit BGE 143 V 418 stellte das Bundesgericht klar, dass sich ein Leiden nicht einfach deshalb als leicht und invalidenversicherungsrechtlich bedeutungslos einstufen lässt, weil diagnostisch kein Bezug zu dessen Schweregrad gefordert ist (E. 5.2).

Verlauf und Ausgang von Therapien stellen wichtige Schweregradindikatoren dar. Es ist Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz (leichter bis) mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Laut BGE 143 V 418 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung zukommt (E. 8.1, Präzisierung der Rechtsprechung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.1 und E. 7.2 mit Hinweis).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens ist davon abzusehen, einzelne Beschwerden und Störungen ohne Einzelfallprüfung wegen grundsätzlich fehlender Relevanz auszuschneiden (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1). Indes gilt unverändert, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1 mit Hinweis).

Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4). Allerdings kann ein solcher Faktor den Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen ebenfalls beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.2).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHl 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweis). In solchen Fällen sind jedoch an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 16. August 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 7. Juli 2017 und die weitere Ausrichtung der halben Rente, eventualiter seien weitere Abklärungen zu veranlassen und die Anspruchsberechtigung neu zu prüfen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 7. September 2017 (Urk. 5) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht wurde (vgl. Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Invalidenrente damit, dass es zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation gekommen sei, was der behandelnde Arzt und der regionale ärztliche Dienst bestätigt hätten. Gegenwärtig liege noch eine leichtgradige rezidivierende depressive Störung vor, deren Schwere nicht ausreiche, um Leistungen der Invalidenversicherung zu begründen. Es werde auch nur alle ein bis drei Wochen eine Behandlung durchgeführt und es könne davon ausgegangen werden, dass bei

adäquater Therapie weiterhin eine Verbesserung eintreten werde (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor (Urk. 1. S. 2 f.), der behandelnde Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gebe an, dass seit 2013 eine unveränderte instabile Gemütslage mit depressiven und weniger depressiven Phasen, Angstzuständen und praktisch andauernder Antriebslosigkeit und Erschöpfung bestehe. Es seien auch ausgeprägte Konzentrationsstörungen und eine psychotische Symptomatik (Denkstörungen) beschrieben und die Arbeits- und Leistungsfähigkeit werde auf 20 bis 50 % eingeschätzt. Aus dem Untersuchungsbericht des RAD sei nicht ersichtlich, ob er in Kenntnis der gesamten Vorakten erstellt worden sei. Es werde auch nicht dokumentiert, weshalb die depressive Störung zum Untersuchungszeitpunkt leichtgradig ausgefallen sei. Mit dem Bericht von Dr. B.____ vom 7. Mai 2017 habe sich der RAD nicht ausser ander gesetzt und die Schlussfolgerung, die Arbeitsfähigkeit sei im Umfang von 30 % beeinträchtigt, scheine zufällig und sei nicht näher begründet. Es sei aktenkundig, dass eine behandlungsresistente Erkrankung vorliege, welche es erschwere, ein Arbeitspensum von 50 % einigermaßen durchzuhalten, und aufgrund der dokumentierten Konzentrationsstörungen und der permanenten Erschöpfung sowie der von Dr. B.____ diagnostizierten Persönlichkeitsstörung und der rezidivierenden depressiven Störung sei nicht von einer Beeinträchtigung von lediglich 30 % auszugehen (S. 3). Der Bericht des behandelnden Arztes erwecke damit Zweifel an der Beurteilung des versicherungswirtschaftlichen Arztes und da keine Anhaltspunkte für eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gegeben seien, sei die bisherige halbe Rente weiterhin auszurichten. Eventualiter sei ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben (S. 4 f.).

E. 3.1.1

Die Beschwerdeführerin war von der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 4. August 2011 (Urk. 6/41)

als zu 80 % im Erwerbsbereich und 20 % im Aufgabenbereich tätig qualifiziert worden (vgl. Urk. 6/32/1 f.). Dementsprechend ermittelte die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad anhand der gemischten Methode (Urk. 6/41/6).

Im Rentenrevisionsverfahren gab die Beschwerdeführerin an, dass sie aufgrund der Scheidung von ihrem Ehegatten am 6. März 2012 im Gesundheitsfall einer 100 % Erwerbstätigkeit nachgehen müsste, weshalb sie von der Beschwerdegegnerin nunmehr als zu 100 % erwerbstätig qualifiziert wurde (vgl. Urk. 6/81/6). Ausgehend von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ermittelte sie mittels der Einkommensvergleichsmethode einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad (Urk. 6/81/7). Die Qualifikation

als Vollerwerbstätige blieb seitens der Beschwerdeführerin unbestritten und ist aufgrund ihrer Aussagen zur hypothetischen Situation im Gesundheitsfall nicht zu beanstanden. Auf eine Erhöhung ihres Erwerbsums lassen auch die erwerblichen Verhältnisse schliessen

Dem IK-Auszug vom 8. Januar 2015 (Urk. 6/66) ist zu entnehmen, dass sie als Selbständigerwerbende Einkommen von Fr. 8'991.-- (im Jahr 2010), Fr. 20'600.-- (im Jahr 2011) und Fr. 32'300.-- (im Jahr 2012) verabgabte hat.

Sodann ergeben die Steuer- und Buchhaltungsunterlagen, dass die Beschwerdeführerin aus ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit als Ernährungsberaterin folgende Einkommen (Gewinn) erzielt hat: 2013 von Fr. 34'659.-- (Urk. 6/73/10) und 2014 von Fr. 19'927.-- (Urk. 6/73/4). Dabei betrug der Betriebsertrag aus dem Erlös von Therapien, Beratungen und Kochkursen in den Jahren 2012 Fr. 89'828.--, 2013 Fr. 99'115.-- und 2014 Fr. 96'033.-- (Urk. 6/73/4 und Urk. 6/73/10). Zusätzlich war sie von Januar 2014 bis 20. Februar 2015 an einem Tag pro Woche (8.5 Stunden) als Verkäuferin und Beraterin in einem Reformhaus angestellt (Urk. 6/69 Ziff. 2.1, Ziff. 2.9, Ziff. 2.10 und Ziff. 5). Im Weiteren ist den Akten zu entnehmen, dass die per Ende 2014 geplante Änderung der Wohnsituation (vgl. Urk. 7/64/3) die Beschwerdeführerin in dem Sinne umsetzte, dass sie in eine Wohngemeinschaft mit einer berufstätigen Fitnessberaterin gezogen ist, und die 4.5 Zimmerwohnung zur Ausübung der selbständigen Erwerbstätigkeit über ein abgetrenntes Praxiszimmer verfügt (vgl. Urk. 6/85/1).

E. 3.1.2

Der Sachverhalt zeigt sich damit seit der mit Verfügung vom 4. August 2011 ab Dezember 2010 zugesprochenen Invalidenrente

(Urk. 6/41) in verschiedener Hinsicht wesentlich verändert. Da

bereits die Änderung der Bemessungsmethode einen Revisionsgrund darstellt (BGE 144 V 28 E. 2.2), hat – unabhängig davon, ob es zusätzlich auch zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes oder zu erwerblichen Veränderungen gekommen ist (Urk. 1 S.

E. 3.1.3

Im vorliegenden Revisionsverfahren ist somit keine Veränderung des Gesundheitszustandes mehr auszuweisen, weshalb es auch keiner eingehenderen Auseinandersetzung mit den medizinischen Berichten bedarf, die zur Rentenzusprache geführt haben. Im Weiteren ist zu beachten, dass eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rentenleistungen – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – für die Zukunft erfolgt (vgl. E. 1.3.2 hiervor). Massgebend ist deshalb der im Verfügungszeitpunkt (7. Juli 2017) aktuelle Gesundheitszustand, während der weiter zurückliegende medizinische Verlauf in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit für das vorliegende Verfahren nicht mehr relevant und folglich auch nicht näher darauf einzugehen ist. Aus den zeitnah zur angefochtenen Verfügung ergangenen medizinischen Berichten ergibt sich Folgendes:

E. 3.2

Dr. B.____, welcher die Beschwerdeführerin seit 30. Januar 2013 behandelt, hielt im Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 18. August 2015 (Urk. 6/77/5-9) folgende Diagnosen fest (Ziff. 1.1): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Typ Borderline) seit Jugend, ICD-10 F60.31 - Rezidivierende, teils schwere, aktuell mittelschwere depressive Störung ICD-10 F33 - Im Erwachsenenalter persistierende Aufmerksamkeitsdefizitstörung ICD-10 F90.0 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Status nach Anorexia nervosa Seit 2013 bestehe eine unverändert instabile Gemütslage mit depressiven und weniger depressiven Phasen und Angstzuständen ohne Manien. Es bestünden praktisch andauernd ein Antriebsmangel und eine Erschöpfung. Seit 2014 sei die Beschwerdeführerin in einer Teilzeitanstellung in einem Reformhaus tätig, vorerst ein Tag pro Woche und später zwei Tage. Die Kündigung sei im Februar 2015 unter Mobbing-Umständen erfolgt und es sei ein Umzug von der

selbständigen Wohnung in eine Wohngemeinschaft erfolgt. Aktuell bestehe ein Status nach akuter Appendizitis. Die Beschwerdeführerin sei schlank bis untergewichtig und gepflegt. Es bestünden eine Antriebsarmut, rasche Erschöpfbarkeit, Alexithymie und zunehmend im Tagesverlauf ausgeprägte Konzentrationsstörungen. Die psychotische Symptomatik (Denkstörungen) der Depression sei unter Abilify abgeklungen. Im Übrigen seien der ärztliche Befund seit 2013 unverändert und ein stationärer Verlauf zu erwarten.

Psychiatrische Kontrollen fänden dem Krankheitsverlauf folgend in der Regel alle 14 Tage statt (Ziff. 1.4 f.). Als selbständige Ernährungsberaterin betrage die Arbeitsunfähigkeit seit 2013 50-80 %. Die Leistungsfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit nehme trotz Behandlung im Tagesverlauf ab, sodass nach einer Halbtags­tätigkeit keine effektive Arbeit mehr möglich sei. Im Angestelltenverhältnis (als Verkäuferin 2014) habe die Erkrankung an Arbeitstagen regelmässig zu einer Überlastung/Erschöpfung geführt. In ihrer selbständigen Tätigkeit könne sie die Arbeitsbelastung einiger massen steuern, so dass die Überlastung nur seltener auftrete. Auch da seien aber Nachmittagsarbeiten gelegentlich nicht zu vermeiden, was unmittelbar wieder zu Erschöpfungszuständen führe (Ziff. 1.7).

E. 3.3

Im Bericht vom 27. Juni 2016 (Urk. 6/86) führte Dr. B.____ aus, in den vergangenen zwei Jahren seien rasche Stimmungswechsel mit Angstzuständen, innerer Leere, Denkblockaden, Handlungsblockaden, Depersonalisationen, Schlafstörungen und ein depressiver Rückzug zu beobachten gewesen. Ein Versuch, Focalin durch Elvanse zu ersetzen, habe eine Verschlechterung des Zustandsbildes gebracht und sei rückgängig gemacht worden. Fluoxetin sei je nach Schwere der depressiven Symptomatik, zwischen 20 und 60 mg dosiert. Die Schlafstörungen seien mit Trimipramin 25 mg und Temesta 1 mg beherrschbar. Eine Arbeitsbelastung von mehr als die aktuell geschätzten 50 % sei weiterhin nicht möglich, ohne eine erneute Erschöpfung zu provozieren.

E. 3.4

Der RAD Psychiater A.____ hielt nach der Untersuchung vom 19. Juli 2016 (Urk. 6/85) die folgenden Diagnosen fest (S. 5): Psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig ICD-10 F33.0 Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Status nach Anorexia nervosa - Dysthymie ICD-10 F34.1 Somatische Diagnosen nach Aktenlage

Die Beschwerdeführerin berichte (S. 2), es gebe gute und sehr schlechte Tage und derzeit sei weder schlecht noch «super», sondern durchschnittlich. An vielen Tagen wolle sie so nicht mehr leben, denn es sei streng und sie müsse stetig dranbleiben, aktiv zu leben. Ihr Hund, ein Labrador, helfe ihr dabei. Er schaue und winsle, damit sie mit ihm nach draussen gehe. Mehrmals täglich laufe und jogge sie mit dem Hund. Sie müsse sich immer wieder einen Schubs geben, um sich nicht aufzugeben. Die schlechten Phasen kämen ohne erkennbare Auslöser. „Es mache mit ihr.“ Dann könne sie sich schlecht konzentrieren, was sie besonders bei Beratungen mit neuen Kunden merke. Ungefähr einmal pro Monat komme ein neuer Kunde, und sie müsse dann eine hohe Konzentration auf diesen neuen Menschen bringen. Sie habe dann extrem Angst, es nicht zu schaffen und nehme vor dem Neukontakt Focalin, woraufhin sie sich etwa eine Stunde besser konzentrieren könne. Im Alltag merke sie keinen Unterschied durch das Focalin, das sie seit etwa einem Jahr nehme. Sie denke viel an früher und mache sich Vorwürfe. Zum Beispiel werfe sie sich ein Versagen in der Ehe vor. Auch habe sie in der Jugend ihre Eltern mit der Magersucht

belastet. Sie halte sich für dumm, denn wenn sie mal selten in den Ausgang gehe, erzähle sie anderen ihre Geschichte, und das ermüde und wirke nicht einladend. Sie habe sonst nichts, was sie anderen erzählen könne. Mit ihrer WG-Partnerin könne sie viel reden und seit Januar 2015 wohne sie mit ihr, einer Fitnessberaterin, zusammen. Sie passten gut zusammen und sie fühle sich geborgen. Sie könne nicht gut mit sich alleine sein und gehe sich selber auf den Geist. Körperlich gehe es ihr gut. Einen geplatzten Blinddarm im August 2015 habe sie überstanden und immer wieder Schmerzen in den Brüsten, wobei sie in mammografischer Kontrolle sei.

Zum Tagesablauf gebe die Beschwerdeführerin an, an durchschnittlichen Tagen stehe sie zwischen 4.30 und 5.30 Uhr auf, trinke einen Kaffee und schalte den Fernseher ein. Um 8 Uhr mache sie einen grossen, einstündigen Lauf mit ihrem Hund. Die anschliessende Dusche sei für sie ein Kraftakt. Um 10 Uhr komme ein Kunde für eine Ernährungsberatung oder Bandage oder Massage. Danach mache sie einen Hundespaziergang über eine Stunde. Mittags esse sie nur wenig, sei noch zu angespannt. Anschliessend erledige sie Büroarbeiten. Nachmittags komme ein zweiter Kunde. Zwischendurch erledige sie noch ihren Haushalt und zweimal pro Tag sei sie am Staubsaugen. Ab und zu komme eine Kollegin zu ihr auf Besuch, während sie kaum noch auswärts gehe. Um 17 Uhr koche sie und nehme das Abendessen ein. Danach spiele sie mit dem Hund und um 18.30 oder 19 Uhr gehe sie zu Bett, sei noch eine Stunde mit drehenden Gedanken wach und schlafe um 20 Uhr. Mehrmals pro Nacht erwache sie, gehe aufs WC und schlafe wieder ein. Der Schlaf sei nicht erholsam.

Unter psychopathologischem Befund hielt der RAD fest (S. 3 f.), die Beschwerdeführerin erscheine pünktlich und alleine eintreffend. Die (Stimm-) Lautstärke sei normal, es bestehe ein häufiger Blickkontakt, sie sei sonnengebräunt, sorgfältig geschminkt und sommerlich weiss gekleidet und das Gangbild sei unauffällig.

Der Gedankengang sei flüssig und zusammenhängend, ohne Anhalt für Sinnes täuschungen, Ich-Störungen oder inhaltliche Denkstörungen. Die Antworten erfolgten prompt, mit ausgiebigen, eigeninitiativen Darstellungen und mit häufiger Betonung von Insuffizienzen und Defiziten. Affektiv sei sie reduziert schwingungsfähig, oft eher besorgt und ihre Schwierigkeiten betonend. Mimik, Gestik und Antrieb seien unauffällig und sie folge aufmerksam und konzentriert während der gesamten einstündigen Untersuchung. Anzeichen für eine erhöhte Ermüdbarkeit bestünden keine und es bestehe kein Anhalt für Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses. Sie sei glaubhaft nicht suicidal und es seien keine Anhaltspunkte für Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen vorhanden. Sie könne selbständig im nahen Geschäft einkaufen, habe keine Probleme in Lift, Tunnel und Flugzeugen. Sie gebe an, sich auf der Rolltreppe wacklig und beim Autofahren wegen der erforderlichen hohen Konzentration unsicher zu fühlen. Als zirkadiane Besonderheiten bemerkte der Arzt, die Beschwerdeführerin gehe früh zu Bett und brauche Surmontil und Temesta zum Einschlafen. Soziale Kontakte bestünden im Rahmen der Wohngemeinschaft mit der Kollegin, den Eltern sowie durch Besuche einer Kollegin.

Vegetativ sei der Zustand unauffällig und an Gewicht habe die Beschwerdeführerin etwas zugenommen und wiege nun 50 kg bei einer Körpergrösse von 159,5 cm, wobei ihr das Gewicht im Kopf noch etwas zu schaffen mache und sie hier noch die frühere Essstörung bemerke. Bezüglich Selbstwahrnehmung gebe sie an, sie könne Leute gut abholen und sich gut in andere einfühlen. Sie sei lieb und verständnisvoll, gut im Zuhören, aber nicht gut im Nein sagen. Sie habe aber auch einen harten «Grind». Die jetzige Arbeitsmenge mit zwei

Kunden pro Tag schaffe sie , mehr wäre nicht gut (S. 4) .

Diagnostisch zeigten sich weiterhin depressive Persönlichkeitszüge, insbesondere ein anhaltendes Gefühl von Schuld und minderwertig zu sein. Früher seien daher auch eine Dysthymie und differentialdiagnostisch eine depressive Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Kompensatorisch zeige sie ein grosses Bemühen, betont altruistisch auf ihre Kunden und im Rahmen ihres anstrengenden Bemühens intensiv auf ihre Kunden einzugehen. Dabei neige sie zu Erschöpfung und folgend an Konzentrationsstörungen. Mit zusätzlicher Einnahme von Focalin (zentral nervöses Stimulans) möchte sie im anstrengenden Erstgespräch mit neuen Kunden fit bleiben (S. 5).

Dr. B.____ habe eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung seit der Jugend (Borderlinepersönlichkeit F60.31), eine rezidivierend teils schwere depressive Störung F33 und eine im Erwachsenenalter persistierende Aufmerksamkeitsdefizitstörung F90.0 diagnostiziert. Mit Blick auf die ICD-Kriterien könne keine Borderline -Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden und Belege für eine Aufmerksamkeitsstörung gebe Dr. B.____ nicht an. Problematisch sei es auch, von einer Schlafstörung zu sprechen und Schlafmedikamente zu verordnen, wenn eine erwachsene Frau um 19 Uhr zu Bett gehen möchte. Offensichtlich habe sich auch die Prognose von Dr. B.____ nicht bewahrheitet, da die Beschwerdeführerin inzwischen regelmässig Nachmittagsarbeit leiste (S. 6).

Aus versicherungspsychiatrischer Sicht zeigten sich seit der letzten Untersuchung im August 2014 einige Verbesserungen. Das Gewicht sei um 3 kg auf einen BMI von 19.5 gestiegen. Im psychopathologischen Befund seien keine Auffälligkeiten mehr in Mimik und Gestik zu finden und das Kreisen um Zukunftsängste sei wenig ausgeprägt. Die Lebensumstände hätten sich verbessert, nachdem sie nun geborgen in einer Wohngemeinschaft lebe und die kostenintensive Praxis in Rapperswil aufgegeben habe. Geblieben sei ein anhaltendes Insuffizienzgefühl und eine Neigung, sich im Kundenkontakt zu erschöpfen. Derzeit liege nur eine leichte Depression vor, wobei mit Blick auf die rezidivierende depressive Störung immer wieder auch mit mittelgradigen depressiven «Störungen» (Episoden) zu rechnen sei. Im Durchschnitt könne somit von einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 30 % ausgegangen werden (S. 6 f.).

E. 3.5

In der Stellungnahme zum Untersuchungsbericht des RAD hielt Dr. B.____ am 7. Mai 2017 (Urk. 6/98) zu Händen der Beschwerdeführerin fest, die Biographie zeige eine schwere Entwicklungsstörung, die bei Chronifizierung unter der Kategorie Persönlichkeitsstörung erfasst werden könne. Zu diesen Befunden gehörten die freudlose, oft depressive Grundstimmung mit Todeswünschen und fast völligem Appetitverlust seit dem neunten Altersjahr und ihr übertüchtige, die eigenen Ressourcen überfordernde Lebensstil, welcher 2009 zu einem schweren Burn-Out und Stellenverlust geführt habe. Ein Element dieser Symptomatik sei auch das bis heute bestehende zwanghafte Bestreben, eine intakte Fassade aufrechtzuerhalten, was regelmässig dazu führe, dass sie in ihren Fähigkeiten und ihrem gesundheitlichen Befinden überschätzt werde, sei es von Therapeuten und Ärzten, sei es im Arbeitsumfeld. Zu den Befunden der Persönlichkeitsstörung gehörten auch Alkoholexzesse, die zum Beispiel zur Hospitalisation

im Dezember 2011 in der Klinik C.____ geführt hätten. Es seien auch immer wieder Zustände der Dissoziation beschrieben, was das teilweise bis vollständige Auseinanderfallen von normalerweise zusammenhängenden psychischen Funktionen der

Wahrnehmung, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Motorik umschreibe. Dissoziative Zustände seien gehäuft bei posttraumatischen Belastungsstörungen und aus heutiger Sicht spreche vieles dafür, dass die Beschwerdeführerin tatsächlich durch die jahrelange inadäquate Behandlung ihrer früh einsetzenden Anorexie chronisch traumatisiert worden sei und so ihre heutige Erkrankung als komplexe posttraumatische Belastungsstörung aufgefasst werden könne. Ein weiterer Symptomenkomplex, der in den Rahmen einer Persönlichkeitsstörung passe, sei ein Aufmerksamkeitsdefizit, dem in der ambulanten Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin oder Focalin) teilweise erfolgreich begegnet werden können. Zur Persönlichkeitsstörung gehörten auch die scheiternden Beziehungen, zum Beispiel die Scheidung der Ehe und die Unfähigkeit sich gegen entwürdigende Beziehungsverläufe abzugrenzen. So habe zum Beispiel 2015 eine sexuelle Belästigung durch den Vorgesetzten gegen die sich völlig unzulänglich zur Wehr setzende Beschwerdeführerin, zum Verlust ihrer letzten Anstellung geführt.

Die Gesamtheit dieser Befunde erlaube die Diagnose einer schwerwiegenden Persönlichkeitsstörung, die am besten mit dem Begriff der Borderline-Persönlichkeit zu erfassen sei, auch wenn, je nach Gewichtung der einzelnen Symptome, auch von einer depressiven Persönlichkeit oder einer gemischten Persönlichkeitsstörung gesprochen werden könne. Zu Recht sei deshalb bereits 2010 die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung gestellt worden.

Der Persönlichkeitszug, mit allen Mitteln eine intakte Fassade und einen guten Eindruck aufrechtzuerhalten, habe dazu beigetragen, dass der RAD zu einer unzutreffend positiven Beurteilung gelangt sei. Derselbe Persönlichkeitszug habe es in den letzten zwei Jahren ermöglicht, trotz phasenweiser schwerwiegender Erkrankung mit einer geschätzten Arbeitsfähigkeit weit unter 50% eine normale Arbeitsbelastung in der selbständigen Erwerbstätigkeit als Ernährungsberaterin aufrecht zu erhalten. 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte die Invalidenrente – wie gesagt – mit der Begründung ein, dass die gegenwärtig leichtgradige rezidivierende depressive Störung

keine Leistungen der Invalidenversicherung mehr begründe und bei adäquater Therapie von einer weiteren Verbesserung auszugehen sei (vgl. E. 2.1 hiervor). 4.2

Die Voraussetzungen, unter denen leichten bis mittelschweren Depressionen invalidisierende Wirkung zukommen kann (BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197 mit Hinweis; Urteil 9C_841/2016 vom 8. Februar 2017 E. 3.1), sind mit BGE 143 V 409 und 418 geändert worden

(vorstehend E. 1.4).

Die invalidisierende Wirkung eines psychischen Leidens kann nicht mehr allein unter Hinweis auf deren The rapierbarkeit verneint werden. Gemäss BGE 143 V 418 sind sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 8C_756/2017 vom 7. März 2018 E. 4 mit weiterem Hinweis) und ist somit auch im vorliegenden Fall massgebend.

Ein solches Beweisverfahren hat bis anhin nicht stattgefunden und es erfolgte weder aus ärztlicher Sicht noch aus Sicht der Beschwerdegegnerin eine umfassende Auseinandersetzung mit den massgebenden Standardindikatoren. Die massgebenden Kriterien lassen sich denn auch nicht ohne Weiteres aus dem Untersuchungsbericht herauslesen. Aus der Kurzstellungnahme vom 19. Juni 2017 (Urk. 6/101/2), bezeichnet als «Stellungnahme des RAD», ergibt sich allerdings nicht, ob diese von fachärztlicher Seite abgegeben wurde, da eine entsprechende Unterzeichnung fehlt. Eine fachärztliche Auseinandersetzung mit den nicht ohne Weiteres als unberechtigt zu erachtenden Kritikpunkten von Dr. B. ___

in seinem Bericht vom 7. Mai 2017 ist damit nicht erstellt. Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des RAD-Berichts sind damit nicht ausgeräumt.

Der angefochtene Entscheid ist daher aufzuheben und zur entsprechenden medizinischen Abklärung und Neubeurteilung unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung und anschliessender Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 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
Der Gerichtsschreiber Gräub Nef

E. 5.1

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Demzufolge ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine angemessene Prozessentschädigung (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) in der Höhe von Fr. 1'500.-- zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der

Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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