

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00566 vom 4. September 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00566](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00566)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00566 du 4 septembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00566 del 4 settembre 2019

## **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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) . Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden 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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 1 8. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose vo raus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Ein zelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit un abhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

### **E. 1.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente , 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. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen 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 gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich 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 hinsichtlich 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 Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (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. 1.5**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Da bei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln.

Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

#### **E. 1.6**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen,

nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Leistungsanpassung in der Regel erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der Änderung vorzunehmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3; vgl. ZAK 1984 S. 134; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_32/2015 vom 10. September 2015 E. 4.1 und I 583 /05 vom 15. März 2006 E. 2.3.2, je mit Hinweisen).

### **E. 1.7**

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; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.8**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 25. Juni 2018 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 22. Mai 2018 aufzuheben und ihr weiterhin eine ganze IV-Rente, eventualiter eine Viertelsrente der Invalidenversicherung, auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 9. August 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin am 13. August 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, aus medizinischer Sicht sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten und stünden psychosoziale Belastungsaktoren im Vordergrund. Aktuell sei die Beschwerdeführerin im angestammten Bereich zu 70 %

arbeitsfähig . Aus dem Einkommensvergleich ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 % ( Urk. 2) .

## E. 2.2

Die Beschwerdeführerin erhob verschiedentlich Einwände gegen das bisdisziplinäre Gutachten von Dres . B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ . Sodann sei lediglich die Arbeitsfähigkeit neu beurteilt worden; an der gesundheitlichen Situation habe sich seit der ursprünglichen Rentenzusprache nichts verbessert. Die Beschwerdeführerin sei trotz redlicher Anstrengungen weder physisch noch psychisch in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dies ergebe sich auch aus den Unterlagen der beruflichen Eingliederung sowie Berichten der behandelnden Ärzte ( Urk. 1 S.

4 ff.). Sodann monierte die Beschwerdeführerin das von der IV-Stelle ermittelte Valideneinkommen und stellte sich schliesslich auf den Standpunkt, es sei ihr ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren ( Urk. 1 S. 12). 3.

### 3.1

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse bildet die Rentenverfügung vom 22. März 2004 ( Urk. 6/56). Die 2005 und 2010 erlassenen Mitteilungen, womit der bisherige Rentenanspruch jeweils bestätigt wurde, ergingen ohne materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und neuer Invaliditätsbemessung (vgl. E. 1.5 ). 3.2

In somatischer Hinsicht ist unbestritten und erstellt, dass seit der Rentenverfügung vom 22. März

2004

keine wesentliche Veränderung eingetreten ist (vgl.

Urk. 1; rheumatologisches Teilgutachten der Z.\_\_\_\_

vom 22. Oktober

2001, Urk. 6/48/1-9; rheumatologisches Teilgutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2016, Urk. 6/104/1-23, insbesondere Urk. 6/104/15 und Urk. 6/104/22, wonach sich seit Jahren weder bildgebend noch klinisch wesentliche Veränderungen ergäben hätten ; interdisziplinäre Konsensbeurteilung vom 7. Juni 2016, Urk. 6/105/17). 3.3

Demgegenüber ist gestützt auf das hinreichend aufschlussreiche und in allen Belangen den rechtsprechungsgemässen Anforderungen als genügend zu betrachtende

psychiatrische

Teilgutachten

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

(vgl. E. 1.8 sowie E. 5.1 hier nach), worin dieser im Wesentlichen eine rezidivierende depressive Störung, leichtgradige Episode diagnostizierte

(vgl. Urk. 6/105/8 ff. ), wohingegen die Gutachter des Z.\_\_\_\_ im Jahre 2001 eine schwere, apathisch-resignative, zeitweise agitiert-reizbare Depression mit massiven rheumatologischen und psychosomatischen Beschwerden und massiven psychosozialen

Belastungsfaktoren feststellten ( Urk. 6/48/15), sowie gestützt auf die eigenen Ausführungen der Beschwerdeführerin, wonach sie sich [im Nachgang der psychischen Dekompensation 2000 und abgesehen von einer neuerlichen, vorübergehenden Krise im Herbst 2009 ] psychisch gut aufgefangen habe, sich die Verstimmungen auf tiefem Niveau stabil gehalten hätten und sie deshalb

auch von

ambulanten, psychiatrischen Therapien

abgesehen habe ( Urk. 6/105/5 ;

vgl. auch den Bericht des E.\_\_\_\_ vom

28. Dezember 2000, wonach eine psychische Beeinträchtigung beim Klinaustritt kaum mehr bestanden habe, Urk. 6/40/1, sowie den Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2009, wonach sich die Beschwerdeführerin im Verlauf der Hospitalisation schnell erholt habe und sie auf eigenen Wunsch nach drei Wochen im gebesserten Zustand entlassen worden sei, Urk. 6/76/11),

ausgewiesen, dass es im massgeblichen Zeitraum zwischen der Rentenverfügung vom 22. März

2004 ( Urk. 6/56) und der angefochtenen Verfügung vom 22. Mai 2018 ( Urk. 2) zu

einer wesentlichen Remission der psychischen Symptomatik gekommen ist; die Gesprächstherapie im G.\_\_\_\_

nahm die Beschwerdeführerin erst im Rahmen der Rentenrevision im Januar

2016 auf ( Urk. 6/105/6, Urk. 6/105/13 f., vgl. auch Bericht des G.\_\_\_\_

10. November 2017, Urk. 6/176/5 ff.).

Mithin ist erstellt, dass es seit der Rentenverfügung vom 22. März 2004

eine wesentliche Verbesserung eingetreten ist und diese länger als drei Monate anhielt

(vgl. E. 1.6). Strittig und zu prüfen bleibt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. 4.

Im psychiatrischen Gutachten vom 7. Juni 2016 hielt Dr. C.\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er (1) eine rezidivierende depressive Störung, leichtgradige Episode (ICD-10: F 33.0), (2) psychosoziale Belastungsfaktoren (Ehescheidung, lange Phase von Arbeitsunfähigkeit, sekundärer Krankheitsgewinn, ICD-10: Z63) sowie (3) eine mässige kulturelle Integration (ICD-10: Z60.3, Urk. 6/105/8).

Im Rahmen der Anamnese habe die Beschwerdeführerin berichtet, seit 1995 bestünden starke Rückenschmerzen. Diese hätten sich im Laufe der Jahre auf andere Körperregionen ausgedehnt. Sie nehme diverse Schmerzmedikamente ein. In Bezug auf die Schmerzen mache sie sich keine übermässigen Sorgen. In psychischer Hinsicht sei es ihr 2000 zufolge der Streitereien und schliesslich Scheidung vom Ehemann (1999) schlecht gegangen. Die Hospitalisation im E.\_\_\_\_

( vom 14. – 27. September 2000, vgl. Urk. 6/38/8)

habe ihr gut getan. Nach dem Klinikaufenthalt habe sie es als Alleinerziehende noch immer schwer gehabt. Aber es sei nicht so schlimm gewesen, dass sie eine psychiatrische Therapie

ge braucht hätte; der Hausarzt habe ihr Antidepressiva verschrieben. In den folgenden Jahren habe sie sich psychisch auffangen können; die Trennung von ihrem Mann sowie die gute Beziehung zu ihrer Tochter hätten ihr geholfen. 2009 sei sie erneut depressiv geworden. Vorgängig sei es zu Spannungen und Problemen mit beiden Kindern gekommen. Sie sei erneut stationär behandelt worden. Nach dem Klinikaufenthalt [in der F. \_\_\_ vom 21. September bis 7. Oktober 2009, vgl. Urk. 6/76/10] habe sie sich deutlich besser gefühlt. Zwar sei ihr ärztlicherseits zur Aufnahme einer ambulanten Therapie geraten worden. Zumal es ihr besser

gegangen sei, habe sie indes davon abgesehen.

Ihre Stimmung sei aktuell wechselhaft; manchmal gedrückt, manchmal besser. Der Antrieb sei allgemein etwas vermindert. Sie habe einige Interessen behalten können, vor allem an der Familie. Die Konzentration sei ordentlich und das Selbstwertgefühl manchmal etwas eingeschränkt. Sie empfinde keine Schuldgefühle und Selbstmordimpulse würden nicht auftreten. Der Schlaf sei schmerzbedingt gestört und der Appetit relativ gut. Finanziell gehe es ordentlich, sie lebe von der IV-Rente; eine Unterstützung durch das Sozialamt sei seit vielen Jahren nicht notwendig. Im Oktober 2015 sei eine IV-Revision eingeleitet worden, sie habe entsprechende Formulare erhalten. Dies habe sie dazu bewogen, im Januar 2016 eine ambulante psychiatrische Behandlung aufzunehmen. Ausserdem nehme sie 40mg Fluoxetin ein. Die Gesprächstherapie erfolge in deutscher Sprache. Dies sei etwas schwierig. Es gehe ihr in psychischer Hinsicht gleich wie vor Aufnahme der psychiatrischen Behandlung.

Ihren Tagesablauf beschrieb die Beschwerdeführerin sodann wie folgt: Morgens stehe sie relativ früh auf, esse etwas und bleibe dann allein in der Wohnung, zumal die Kinder arbeitstätig seien. Gelegentlich unternehme sie Spaziergänge, meist in Begleitung der Tochter. Sodann pflege sie engen Kontakt zu einer in der Nähe wohnenden Schwester. Kleinere Einkäufe könne sie selbständig erledigen; grössere Besorgungen erledige der Sohn. Im Haushalt betätige sie sich vor allem in der Küche. Sie befasse sich etwas weniger mit politischen Angelegenheiten; als Kurdin sei sie froh, in der Schweiz zu leben. Im Januar 2016 habe sie ihre Mutter in der Türkei besucht. Sie sei mit dem Flugzeug gereist. Der Aufenthalt habe ihr gut gefallen. Zur subjektiven Arbeitsfähigkeit befragt gab die Beschwerdeführerin schliesslich an, wegen langer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sehe sie sich nicht mehr in der Arbeitswelt. Ausserdem könne sie sich keine Tätigkeit vorstellen, welche sich nicht negativ auf ihre Schmerzen auswirken würde (Urk. 6/105/5 f.).

In objektiver Hinsicht hielt Dr. C. \_\_\_ fest, das Bewusstsein der Beschwerdeführerin sei weder vermindert noch eingeengt. Sie sei konzentriert und zeige weder Frisch- noch Altgedächtnisstörungen. So habe sich die Beschwerdeführerin etwa an die Namen sämtlicher Behandler (Ärzte, Therapeuten etc.) erinnern können. Im Denken sei sie weder gehemmt noch umständlich. Inhaltliche Denkstörungen seien nicht feststellbar. Auch bestünden keine Zwänge und würden keine Ängste oder hypochondrische Befürchtungen vorliegen. Demgegenüber sei die Beschwerdeführerin mürrisch und resigniert. Eine deutlich gedrückte Stimmungslage liege nicht vor. Der Antrieb sei unauffällig und die Psychomotorik lebhaft. Ein affektiver Rapport sei gut herstellbar. Die Beschwerdeführerin verstehe die deutsche Sprache einigermassen, könne sich in dieser indes kaum ausdrücken. Sie sei auf Schmerzen nicht fixiert und letztere stünden auch nicht in ihrem Hauptfokus. Es bestehe aber eine gewisse Schmerzausdehnung (Urk. 6/105/7 f.).

Im Rahmen seiner Beurteilung führte Dr. C. \_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann seien als Kurden in ihrer Heimat politisch verfolgt worden; Misshandlungen habe sie verneint und es würden keine Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vorliegen. Die Beschwerdeführerin habe ihre beiden Kinder grösstenteils alleine aufgezogen; 1999 sei es zur Ehescheidung gekommen. Die langwierigen und komplizierten Streitereien mit dem Ehemann hätten bei ihr zu einer Überbelastung und schliesslich

Hospitalisation im Herbst 2000 geführt. Bezüglich der Schmerzen

seien die ICD-10-Kriterien einer Somatisierungsstörung nicht erfüllt: Die Beschwerdeführerin sei auf die Schmerzen nicht fixiert, sie äussere keine hypochondrischen Befürchtungen und zeige nur eine mässige Schmerzausdehnung. Die Schmerzen seien auch nicht ständig quälend und bildeten nicht den Hauptfokus ihres Interesses. Schliesslich seien die Schmerzen nicht von Lebensproblemen abhängig, sondern vielmehr von körperlichen Belastungen. Mithin bestehe keine somatoforme Schmerzstörung. Im Übrigen erstaune es nicht, dass die Beschwerdeführerin

im Zusammenhang mit den Eheproblemen resp. Ehescheidung und den grossen psychosozialen Schwierigkeiten ca. 2000 in eine Depression geraten sei. Aktenanamnestisch sei diese damals mittelgradig gewesen und habe sich die Beschwerdeführerin innerhalb von ein bis zwei Jahren grösstenteils davon lösen können. In der Folge habe sie keine ambulante psychiatrische Behandlung aufgenommen, jedoch antidepressiv wirksame Medikamente vom Hausarzt

erhalten. Im Herbst 2009 sei es erneut zu einer Krise und Hospitalisation

gekommen. Vorgängig hätten Streitereien mit den Kindern bestanden. Im Rahmen des Klinikaufenthaltes habe

eine rasche und zuverlässige Besserung erreicht werden können. Der günstige Zustand halte an;

aktuell bestehe allenfalls noch eine leichtgradige depressive Episode. Dies ergebe sich aufgrund der objektiven Befundlage sowie mit Blick auf den geordneten Tagesablauf, den innerfamiliären Kontakten sowie der Fähigkeit der Beschwerdeführerin, im Alltag selbständig zu handeln (Einkaufen) und Reisen in ihr Heimatland zu unternehmen (Urk. 6/105/8 ff., Urk. 6/135/1).

Zusammenfassend sei es im Zeitraum 2000/2001 zu einer mittelgradig depressiven Episode gekommen. Davon habe sich die Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf grösstenteils erholt. Im September 2009 sei es erneut

zu einer depressiven Störung in mittelgradigem Ausmass gekommen. Diese habe sich wiederum rasch zurückgebildet. Seither bestehe

vornehmlich

eine leichtgradige depressive Episode. Zudem bestünden ungünstige krankheitsfremde Faktoren: Langjährige Arbeitslosigkeit, mässige kulturelle Integration, Status nach Scheidung, fehlende Motivation zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, sekundärer Krankheitsgewinn. Vor diesem Hintergrund sei es von 2000 bis 2001 sowie 2009

kurzfristig zu einer ca. 30% ige n Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen . Seit 2010 sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht mehr anhaltend eingeschränkt resp. bestehe eine Einschränkung von weniger als 20 % . Mithin sei die Arbeitsfähigkeit

aus psychiatrischer Sicht nur mässig tangiert. Vielmehr sei die Beschwerdeführerin vornehmlich aufgrund krankheitsfremder Faktoren eingeschränkt und bestehe eine Wechselwirkung zwischen diesen Faktoren und den gelegentlichen « Verleiderstimmungen »; eine psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht ( Urk. 6/105/9 ff., Urk. 6/105/12, Urk. 6/105/ 16, vgl. auch interdisziplinäre Beurteilung vom 7. Juni

2016, Urk. 6/105/17 ). 5.

5.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten und den beklagten Beschwerden sowie gestützt auf die klinische Untersuchung vom 23. Mai 2016 . Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein und liefert nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Insbesondere hat Dr. C.\_\_\_\_ seine Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im Einklang mit den erhobenen Befunden plausibel begründet

und nachvollziehbar dargetan , inwiefern aus seiner Sicht eine Verbesserung eingetreten ist.

Sodann erhellt aus dem Gutachten hinreichend, dass die Ausprägung der psychischen ( und somatischen) diagnoserelevanten Befunde weder subjektiv noch objektiv stark ins Gewicht fällt . Entsprechend wurde der Beschwerdeführerin weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine länger andauernde wesentliche Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dr. C.\_\_\_\_

kam vielmehr

zum Schluss, es bestehe

seit 2010

lediglich

eine leichte Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit. Diese werde darüber hinaus massgeblich durch invaliditätsfremde Faktoren (Ehescheidung, längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, subjektives Krankheitsempfinden und mässige kulturelle Integration

[ Urk. 6/105/6,

Urk. 6/105/8, Urk. 6/105/14 ] ; vgl. auch die Hinweise auf Aggravationstendenzen sowie die Dekonditionierung der Beschwerdeführerin im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. B.\_\_\_\_ , Urk. 6/104/16], die allgemeine Überforderung als allein erziehende Mutter,

kulturelle Malassimilation , mangelhafte Behandlungcompliance im interdisziplinären Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2001 [ Urk. 6/48/8 , Urk. 6/48/14 ] sowie die

festgehaltenen psychosozialen Belastungsfaktoren

in den Berichten des E.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2000 und 28. Dezember 2000 [ Urk. 6/38/9, Urk. 6/40] resp.

im Bericht der behandelnden Hausärztin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Allgemeine Medizin, vom 21. Februar 2018 [Urk. 6/178/8]; zuletzt offenbar erweitert durch psychische Probleme der Tochter [Bericht des G.\_\_\_\_ vom 10. November 2017, Urk. 6/176/5]

verursacht und unterhalten. Mithin liege eine Wechselwirkung zwischen den ungünstigen krankheitsfremden Faktoren und den gelegentlichen « Verleiderstimungen » vor (vgl. Urk. 6/105/14). Zudem

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

aufschlussreich begründet, weshalb

das Vorliegen einer Somatisierungsstörung zu verneinen ist:

Die Beschwerdeführerin sei auf die Schmerzen nicht fixiert, sie äussere keine hypochondrischen Befürchtungen und zeige nur eine mässige Schmerzausdehnung. Die Schmerzen seien auch nicht ständig quälend und bildeten nicht den Hauptfokus ihres Interesses. Weiter seien die Schmerzen nicht von Lebensproblemen abhängig, sondern vielmehr von körperlichen Belastungen. (Urk. 6/105/8).

Eine PTBS hat Dr. C.\_\_\_\_ schliesslich

wiederholt und

explizit ausgeschlossen (vgl. Urk. 6/105/8, Urk. 6/135/1, vgl. auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2001, Urk. 6/48).

Angesichts dieser Ausführungen ist auch unter Berücksichtigung der massgeblichen Standardindikatoren (BGE 141 V 281 i.V.m. BGE 143 V 409) keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen. 5.2

Daran vermag auch der Bericht des G.\_\_\_\_ vom 10. November 2017, worin eine rezidivierende, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode (ICD-10: F33.1) festgehalten wird (Urk. 6/176/5),

nichts zu ändern. Insbesondere mangelt es dem Bericht sowohl an einer einleuchtenden Darlegung der medizinischen Zusammenhänge, insbesondere differenzierten Auseinandersetzung mit den subjektiv geklagten Beschwerden, als auch einer plausiblen Erklärung für die darin postulierte Arbeitsunfähigkeit von 100%. Im Übrigen erfolgen psychiatrische Beurteilungen von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März

2009

8C\_694/200

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

## **E. 8**

E 5.1) und hat

das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

Anzumerken ist ausserdem, dass die Beschwerdeführerin die Gesprächstherapie im G.\_\_\_\_ nach eigenen Angaben anlässlich der psychiatrischen Begutachtung von Dr. C.\_\_\_\_

erst auf grund der Rentenrevision aufgenommen hat (6/105/6); die

beschwerde weise geltend gemachte zufällige Koinzidenz (vgl. Urk. 1 S. 7 f.) erscheint demgegenüber als bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrrechtlicher oder anderer Art beeinflusst (vgl. BGE 121 V 47 E. 2a). Sodann wurde die Gesprächstherapie im G.\_\_\_\_ – ungeachtet kaum vorhandener aktiver und in passiver Hinsicht stark eingeschränkter Deutschkenntnisse

– in deutscher Sprache

durchgeführt (vgl. Urk. 6/105/6).

Mit Blick auf die geltend gemachte Symptomatik erweist sich auch die dreiwöchige Behandlungskadenz als nicht plausibel. 5.3

Soweit die Beschwerdeführerin gestützt auf den Bericht des G.\_\_\_\_ vom 10. November 2017 ausserdem geltend macht, an einer PTBS (Status nach fünfmonatiger Haft als politisch Verfolgte unter der türkischen Militärdiktatur, Urk. 6/176/5) zu leiden, so geht das Vorbringen bereits mit Blick auf das Diagnosedatum (Februar 2016)

und unter Hinweis auf die diagnostischen Leitlinien, wonach eine PTBS innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis zu diagnostizieren ist (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10: F43.1, S. 208) ins Leere; in den gesamten fachmedizinischen Vorakten

lassen sich keinerlei Hinweise auf das Vorliegen einer PTBS finden. Insbesondere hat die Beschwerdeführerin anlässlich der 2001 und 2016 durchgeführten psychiatrischen Explorationen – abgesehen von Schikanen – über keine Misshandlungen und/oder über damit im Zusammenhang stehende Leiden berichtet (vgl. Urk. 6/48/11, Urk. 6/105/4 f., Urk. 6/135). Sie war im Januar 2016 offenbar in der Lage, ohne Schwierigkeiten in ihre frühere Heimat zu reisen (vgl. Urk. 6/105/6). Entsprechend ist auch dem Bericht des G.\_\_\_\_ vom 10. November 2017 zu entnehmen, es bestehe kein Vermeidungsverhalten. Es versteht sich von selbst, dass die darüber hinaus pauschal und unbegründet festgehaltenen „seltene Flash-backs“ resp. „dauernde Angst“ nicht als lege artis

be gründete PTBS gewürdigt werden kann; jedenfalls ist nicht einzusehen, wodurch und inwiefern, die Beschwerdeführerin an einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden PTBS leiden soll (Urk. 6/176/6).

5.4

Für die beschwerdeweise Darstellung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 5), wonach die anlässlich der Begutachtung anwesende Tochter sämtliche Fragen – mit Ausnahme derjenigen zur Ehescheidung – anstelle ihrer selbst beantwortet haben soll, liefert das Gutachten keinerlei Hinweise. Die fremdanamnestic Angaben der Tochter beschränken sich vielmehr im Wesentlichen darauf, dass sie (die Tochter) eine enge Beziehung zur Beschwerdeführerin habe und sich zuweilen Sorgen um ihre Mutter mache (Urk. 6/105/6).

Sodann ist

die Beschwerdeführerin im Vorfeld der Expertise darüber orientiert worden, dass die beurteilenden Fachärzte deutschsprachig sind und sie bei der Gutachterstelle einen professionellen Übersetzer beantragen könne (Urk. 6/100). Die psychiatrische Exploration bei Dr. C.\_\_\_\_ erging denn auch im Beisein eines solchen

(vgl. Urk. 6/105/2). Dem Gutachten sind keinerlei Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass keine adäquate Kommunikation und/oder Verständigung stattgefunden hätte. Insbesondere machte die Beschwerdeführerin nicht geltend, es seien konkrete Ausführungen im Gutachten nicht ihren Aussagen entsprechend dokumentiert worden (vgl. Urk. 1 S. 5 f.). 5.5

Schliesslich ist die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen rechtsprechungsgemäss - entgegen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S.

## **E. 9**

f.) - nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4 und 9C\_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.2.2; je mit Hinweis).

An der gutachterlichen Einschätzung lässt der Schlussbericht des Belastbarkeitstrainings vom 4. August 2017 keine Zweifel aufkommen, weshalb auch auf das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C\_48/2018 vom 27. Juni 2018 E. 4.3.1 mit Hinweisen) zu verzichten ist. Auch wenn es während der vom 21. August bis 31. Oktober 2017 dauernden Massnahme nicht möglich war, eine Grundarbeitsfähigkeit aufzubauen, lassen die gutachterlich nachvollziehbare diagnostische Einordnung und die Beobachtungen der Eingliederungsfachleute nicht darauf schliessen, dass ein relevanter Gesundheitsschaden zugrunde liegt. Angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin in den Jahren 1989 bis 1994 nicht durchgehend und nicht vollzeitlich erwerbstätig war (vgl. Urk. 6/5) und anschliessend bzw. seither Arbeitslosenversicherungstagegelder bzw. Invalidenversicherungsleistungen bezog, und der Gutachter eine mässige kulturelle Integration sowie einen sekundären Krankheitsgewinn (E.

4) festhielt, ist davon auszugehen, dass überwiegend invaliditätsfremde Gründe dafür verantwortlich sind, dass die Beschwerdeführerin den unterschiedlichen (neuen) Anforderungen, sowohl in der Arbeitsintegration als auch in Alltagssituationen, nicht gewachsen war (vgl. Urk. 6/173/5).

Zusammenfassend ist gestützt auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_

mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass jedenfalls seit Mai 2016 (Datum Exploration) kein e

krankheitswertige wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliegt

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_858/2017 vom 17. Mai 2018 E. 3.2). Bei diesem Ergebnis erübrigt sich ein Einkommensvergleich.

Da sich der angefochtene Entscheid auch hinsichtlich des Zeitpunkts der Renten aufhebung (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV,

E. 1.6) als richtig erweist, ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Manuela Schiller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

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