

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00045 vom 10. Mai 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00045](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00045)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00045 du 10 mai 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00045 del 10 maggio 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). 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sund heitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein 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 vor a us (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 Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit geh end objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar 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**

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 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. 1.4**

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 Brauch 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 Revisi onsergebnis 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 Ausgangs sachverhalt 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). 2.

#### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 14. Januar 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Dezember 2018 (Urk. 2). Sinn gemäss beantragte sie die Aufhebung der Verfügung und die weitere Ausrichtung der Invalidenrente (Urk. 1 S. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2019 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. Februar 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7).

Die Beschwerdegegnerin reichte dem hiesigen Gericht am 1. März 2019 (Urk. 8) weitere Akten (Urk. 9/1-5) ein, die die Beschwerdeführerin ihr zugestellt hatte. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid fest, laut den vorliegenden Unterlagen habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin verbessert. Ein Leidensdruck liege nicht vor und eine psychiatrische Behandlung werde nicht mehr

benötigt. Die bisherigen Diagnosen seien nicht mehr ausge wiesen (Urk. 2 S. 1 unten).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte vor, ihr Krankheitszustand habe sich nicht ver ändert beziehungsweise verbessert. Sie sei immer noch zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 1 unten).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin bestätigte mit Verfügung vom 9. März 2015 den An spruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente gestützt auf ein medizi ni sches Gutachten (Urk. 6/107, Urk. 6/115). Strittig und zu prüfen ist daher, ob sich ihr Gesundheitszustand verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 9. März 2015 massgeblich verbessert hat und ob die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht für die Zukunft aufgehoben hat. 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin war seit Juni 2008 in der Y.\_\_\_, Z.\_\_\_, in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 6/15/7 Ziff. 1.2). Med. pract . A.\_\_\_, Assistenzärztin, und Dr. med. B.\_\_\_, Oberärztin, Y.\_\_\_, Z.\_\_\_, nannten im Bericht vom 14. Januar 2010 (Urk. 6/15/6-12) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1): - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - Differentialdiagnose: generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - ängstlich-vermeidende akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Zudem gaben sie an, dass die Agoraphobie mit Panikstörung gemäss den An gaben der Beschwerdeführerin seit zirka sechs Jahren und verstärkt seit zirka zwei Jahren bestehe. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete Essstörung (ICD-10 F50.9) und Adipositas (S. 2 Ziff. 1.1).

Med. pract . A.\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_ führten zur Anamnese aus, die Beschwerde füh rerin sei sowohl bei den Grosseitern als auch bei ihrem Vater und bei einer Pflegemutter aufgewachsen. Sie habe eine Anlehre als Lebensmittelverkäuferin absolviert und sei danach längere Zeit im Service tätig gewesen (S. 2 Ziff. 1.4). Seit zirka neun Jahren sei sie von der Fürsorge abhängig. Im Verlauf der letzten sechs Jahre sei zunehmend eine Angstsymptomatik aufgetreten. Die Ängste hätten zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten geführt und die Beschwer deführerin habe sich sozial zurückgezogen (S. 3 oben). Eine dringend empfohlene stationäre oder teilstationäre Behandlung habe sie bisher abgelehnt.

Im Alltag beständen subjektiv Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen und es seien starke agoraphobische und leichte soziophobische Ängste vorhanden. Die Patientin beschreibe weiter die Symptomatik von unregelmässig auftretenden Panikattacken. Nebst einem fraglichen Grübelzwang seien weitere Zwänge ver neint worden. Diese seien aber nicht sicher auszuschliessen (S. 3 unten).

Aufgrund der verminderten Compliance der Beschwerdeführerin, welche mög licher weise krankheitsbedingt sei, sowie aufgrund von teilweise unglaubwürdigen Begründungen für abgesagte Termine sei unsicher, wie verlässlich die Angaben der Beschwerdeführerin seien. Sollten ihre Angaben stimmen, werde aktuell und mittelfristig von einer stark bis vollständig eingeschränkten Arbeitsfähigkeit für ausserhäusliche Tätigkeiten ausgegangen. Für den Haushaltsbereich beständen - soweit beurteilbar - keine Einschränkungen (S. 1 unten). 3.2

Am 3. Dezember 2010 erfolgte eine psychiatrische Untersuchung durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionalärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin. Dr. C.\_\_\_\_ nannte im Bericht vom 3. Dezember 2010 (Urk. 6/36) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), Differential diagnose: generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), ängstlich-vermeidende akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), eine nicht näher bezeichnete Essstörung (ICD-10 F50.9) und Adipositas (S. 5 Ziff. 12).

Der RAD-Arzt führte weiter aus, die Beschwerdeführerin leide seit zirka sechs bis sieben Jahren zunehmend an einer Angstsymptomatik. In den letzten drei Jahren sei es zunehmend schlimmer geworden (S. 2 Ziff. 4 unten). Aufgrund der Anamnese und der von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome sei von den genannten Diagnosen auszugehen. Im psychopathologischen Befund liessen sich ein leicht starrer Affekt, Ängstlichkeit, eine leichte Störung der Vitalgefühle und starke Insuffizienzgefühle objektivieren. Die geschilderten Symptome und die Problematik seien glaubhaft erschienen. Der von der Beschwerdeführerin wahrgenommene hohe Leidensdruck ohne Beanspruchung von medizinischen Leistungen und der Abbruch von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen sei am ehesten als krankheitsbedingt und nicht im Sinne einer verminderten Compliance zu bewerten. Die Notwendigkeit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung sei der Beschwerdeführerin verdeutlicht worden (S. 5 f. Ziff. 14). Die Ängste seien bereits seit sechs Jahren chronifiziert. Eine leitliniengerechte Behandlung und eine Psychopharmakologie habe bis jetzt nicht stattgefunden (S. 6 oben).

Seit Juni 2008 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit ausgewiesen. Durch eine regelmässige und leitliniengerechte Behandlung könne von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf ausgegangen werden. Die Auferlegung einer Schadensminderungspflicht sei sinnvoll (S. 6 unten). 3.3

Am 17. August 2011 wurde bei der Beschwerdeführerin im D.\_\_\_\_ auf Grund von Adipositas ein Magen-Bypass eingesetzt (vgl. den Operationsbericht vom 17. August 2011, Urk. 6/62/9-10). 3.4

Lic. phil. E.\_\_\_\_, Klinische Psychologin, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, führten im Bericht vom 13. April 2012 (Urk. 6/60) aus, nach den Angaben der Beschwerdeführerin bestehe seit 2003 und verstärkt seit 2007 ein ausgeprägtes, mittlerweile invalidisierendes Vermeidungsverhalten. Die Patientin gehe nicht alleine aus dem Haus und erledige Einkäufe meist nur in Begleitung (S. 3 unten).

Eine psychotische Symptomatik liege nicht vor. Es bestehe eine agoraphobische Symptomatik mit Panikattacken. In der Folge habe sich ein ausgeprägtes, mittlerweile invalidisierendes Vermeidungsverhalten entwickelt. Eine generalisierte ängstliche Grundstimmung habe die Patientin verneint. Eigentliche depressive oder manische Zeichen seien nicht festgestellt worden (S. 4 unten).

Lic. phil. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ nannten als Diagnosen (S. 4 unten): - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - Status nach Bulimia nervosa im Alter von 15-17 Jahren (ICD-10 F50.2) - morbid Adipositas (BMI 39.8)

Die Patientin leide an einer schweren Angststörung mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten. Wegen fehlender Compliance sei diese bisher psychotherapeutisch und psychopharmakologisch im Wesentlichen unbehandelt geblieben (S. 5 oben).

Lic . phil. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ äusserten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. 3.5

Dr. C.\_\_\_\_ gab in einer Stellungnahme vom 29. Mai 2012 (Urk. 6/65 S. 2 unten) an, unter einer adäquaten, evidenzbasierten psychotherapeutischen und einer psychopharmakologischen Behandlung sei spätestens nach einem Jahr von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. Die Angabe gelte seit zirka Ende 2011 für eine angepasste Tätigkeit. Aus fachärztlicher Sicht sei nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin die psychiatrische Behandlung eigenmächtig abgebrochen habe. 3.6

Lic . phil. G.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und Dr. F.\_\_\_\_ , Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, berichteten am 17. April 2013 (Urk. 6/85) über den Verlauf der ambulanten Behandlung der Beschwerdeführerin. Sie gaben zur Anamnese an, die Wiederaufnahme der Behandlung im Z.\_\_\_\_ sei nach einem Unfall für den 14. Mai 2013 vereinbart worden. Im Rahmen der bisherigen Gespräche seien teilweise kognitive Beeinträchtigungen bezüglich der Auffassung und der zeitlichen Einordnung von Ereignissen aufgefallen (S. 2 Ziff. 1.4 unten).

Lic . phil. G.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ attestierten für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Servicehilfe seit dem 17. September 2012 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Im Vordergrund stünden die ausgeprägten und dadurch invalidierenden agoraphobischen Ängste. Es sei der Patientin deshalb aktuell nicht möglich, einer Arbeit ausser Haus nachzugehen. Sie gehe jedoch davon aus, dass sie in der Lage sei, verschiedene Arten von Heimarbeiten auszuführen (S. 3 Ziff. 1.6 und 1.7). Agoraphobische Ängste liessen sich grundsätzlich mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehen behandeln. Inwieweit eine Therapie im Einzelfall erfolgreich sei, lasse sich zu Behandlungsbeginn schwer abschätzen. Die bereits mehrjährige Symptomatik sei prognostisch als eher ungünstig einzuschätzen (S. 4 Ziff. 1.8). 3.7 3.7.1

Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge bei Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Das Gutachten datiert vom 7. Juli 2014 (Urk. 6/107) und beruht auf der Untersuchung vom 23. Juni 2014 und den dem Gutachter zur Verfügung gestellten Akten (S. 1).

Dr. H.\_\_\_\_ führte zur Anamnese aus, die Patientin habe vor allem Angst im Bus und im Zug. Einkaufen gehe besser. Wegen des Untersuchungstermins habe sie seit gestern Abend Kopfweh gehabt (S. 7 Ziff. 3 oben). Die letzte eigentliche Panikattacke sei aufgetreten, als sie Anfang des Jahres zum Gutachter hätte kommen müssen. Sie habe den Wohnungsschlüssel nicht mehr zudrehen können. Panikattacken seien im Alltag bis vor zwei Jahren regelmässig aufgetreten (S. 7 Ziff. 3 unten). Sie sei in der Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, alle zwei Wochen in Behandlung (S. 8 Mitte). Als ihre Beschwerden am schlimmsten gewesen seien, habe sie zwei Jahre lang nicht mehr aus dem Haus gehen können. Dies sei bald nach dem ersten Ausbruch der Angst der Fall gewesen (S. 8 unten). Ihre Angst habe auswärts begonnen, mit Attacken auf der Strasse. Sie habe sich dann hinsetzen müssen und es sei zu Zittern und einem Schwindel gekommen (S. 9 Mitte).

In der Zeit der Primarschule sei sie einsam und oft traurig gewesen. Sie habe Selbstmordgedanken gehabt und habe sich mit dreizehn Jahren die Ader am Fuss aufgeschnitten. Es sei aber nichts passiert. Einen Selbstmordversuch habe sie da nn nie mehr unternommen. Während der späteren Angstzustände seien die Selbst mordgedanken wieder hochgekommen, zuletzt vor fünf Monaten (S.

#### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

#### **E. 10**

Mitte ). Mit knapp fünfzehn Jahren habe sie ein Jahr lang an Bulimie gelitten (S. 10 unten).

Die Beschwerdeführerin sei von ihrer Rechtsvertreterin zur Untersuchung ge bracht worden (S. 11 Ziff. 4 unten). 3.7.2

Dr. H.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), einen Status nach Bulimie (ICD-10 F50.2) und Adipositas (S. 12 Ziff. 5 oben). Die Komorbidität der diagnostizierten Angststörung, der depressiven Stö rung und der Essstörung weise an sich auf eine ernste Prognose hin. Dies gelte auch für den Beginn der Angststörungen in der Kindheit, die frühe Manifestation der Essstörung zu Beginn der Pubertät und die damalige Suizidalität. Dennoch habe sich in letzter Zeit eine leichte Stabilisierung und Besserung des psychischen Zustandes abgezeichnet. Nach schweren psychischen Behinderungen während mehr als eines Jahrzehnts habe sich die Besserung bis heute noch nicht ent schei dend auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt. Prognostisch sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf absehbare Zeit aber möglich (S. 12 Ziff. 5 Mitte).

Die Patientin sei in der Kindheit unter emotionalen Belastungen gestanden. Sie sei praktisch ohne die leibliche Mutter aufgewachsen, was sich in einer Depres sivitat, diagnostisch im Sinne einer Dysthymie, ausgewirkt habe. Dies bedeute eine lebenslange, in Schwankungen verlaufende depressive Symptomatik ohne eigentliche depressive Krankheitsphasen. Hingegen habe die Depressivität auf typische Art die Grundlage für das Auftreten der Essstörung gebildet. Ihre Eltern hätten sich im Kleinkindesalter der Patientin getrennt. In der Kindheit habe sie an einer auffälligen Traurigkeit, Deprimiertheit und Suizidalität gelitten (S. 12 Ziff. 5 unten). Dass die Beschwerdeführerin zudem an Ängsten und an einer psychovegetativen Stresssymptomatik mit Schlafstörungen und Kopfschmerzen gelitten habe, sei als Vorläufer der späteren generalisierten Angststörung zu interpretieren. Diese gehe in der Regel einer Panikstörung voraus (S. 12 f.). Zu Beginn der Pubertät habe sich sodann eine Bulimie mit täglichen Essattacken und Erbrechen sowie wahrscheinlich Menstruationsstörungen manifestiert, die ziem lich rasch habe aufgefangen werden können. Die Störung sei jedoch in Form einer lebenslangen Adipositas persistiert (S. 13 oben).

Die Panikstörung habe sich zunächst nur scheinbar gebessert, indem die Patientin die herausfordernden Situationen komplett vermieden habe. Heute könne sie sich zwar etwas freier bewegen. Öffentliche Verkehrsmittel könne sie aber nicht aus reichend benützen. Das zugrundeliegende Angstgefühl, beobachtet und verfolgt zu werden, sei noch deutlich vorhanden und ebenso die Angst vor Neuem. Im Sinne einer generalisierten Angststörung bestünden eine praktisch chronische Ängstlichkeit und eine psychovegetative Stresssymptomatik. Diese sei es vor allem, die nach allgemeiner Regel zur Chronifizierung und zu einer ernsten Prog nose beitrage. Die Symptomatik umfasse Kopfschmerzen,

Erbrechen, Schwindel, Agitation, auch nachts, Schlafstörungen, ein Unwohlsein, Bauchkrämpfe, Herzrhythmusstörungen, Zittern etc. (S. 14 oben).

Die Beschwerdeführerin sei generell zu über 70 % arbeitsunfähig. Die langdauernde Arbeitsunfähigkeit sei bedingt durch eine Komorbidität von psychischen Störungen mit Krankheitswert, bei denen heute eine Agoraphobie mit einer fixierten Panikstörung und eine generalisierte Angststörung im Vordergrund stehe. Für den Haushalt bestehe aus psychiatrischer Sicht praktisch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Die sich abzeichnende leichte Besserung des psychischen Zustandes könne sich prognostisch mit einer ziemlichen Wahrscheinlichkeit fortsetzen. Eine substantielle Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne aber erst mittel- bis langfristig erwartet werden. Bedingung für eine weitere Verbesserung sei die Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung (S. 14 Ziff. 6).

Seit der Verfügung der Beschwerdegegnerin habe sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit nicht wesentlich verändert. Für den Erwerbsbereich bestehe weiterhin eine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von praktisch 100 %. Eine Besserung sei in kleinen Schritten mit einem zusätzlichen Arbeitspensum von 10-20 % mittelfristig möglich (S. 15 Ziff. 7.1 und 7.2). 3.8

Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 19. August 2014 (Urk. 6/114 S. 4) aus, das psychiatrische Gutachten von Dr. H. \_\_\_\_, sei vollständig und schlüssig. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Agoraphobie mit Panikstörung und eine generalisierte Angststörung. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Zustand nach einer Bulimie. Als Einschränkung bestehe eine vermehrte Angst. Nach dem Gutachten von Dr. H. \_\_\_\_, liege für jede Erwerbstätigkeit anhaltend eine Arbeitsunfähigkeit von über 70 % vor. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich somit seit der Renten zu Sprache vom Juni 2009 nicht relevant verbessert. 4. 4.1

Lic. phil. J. \_\_\_\_, Y. \_\_\_\_, Z. \_\_\_\_, erstattete am 16. August 2018 (Urk. 6/140) einen Verlaufsbericht. Sie führte aus, akutenanamnestisch bestehe bei der Patientin seit vielen Jahren eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01). Diese habe die Behandlung bei ihnen im Jahr 2014 beendet. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin habe sie im Herbst 2017 wieder angemeldet. Seither hätten nur vier Termine stattgefunden. Zu den Terminen sei sie pünktlich erschienen und habe erzählt, dass sie gerade vom Einkaufen komme (S. 2 Ziff. 1.2).

Die Patientin sei lange Zeit nicht in der Y. \_\_\_\_, Z. \_\_\_\_, in Behandlung gestanden. Aussagen über Veränderungen seien deswegen nicht möglich. Agoraphobische Ängste und Zwänge habe sie verneint. Unter Angst komme es zu einem Derealisations- und teilweise zu einem Depersonalitions erleben (S. 2 Ziff. 1.3). Die Stimmung sei euthym und schwingungsfähig. Anhaltspunkte für ein depressives Erleben bestünden nicht. Der Antrieb sei intakt (S. 3 Ziff. 1.3).

Die Belastbarkeit im Alltag scheine gegeben zu sein. Die Patientin führe ihren Haushalt selbständig und ohne Hilfe. Im Hinblick auf einen beruflichen Wiedereinstieg sei eine genaue Überprüfung in Form eines Belastbarkeitstrainings indiziert. Hierzu seien keine Angaben möglich, da die Patientin schon lange Zeit nicht mehr erwerbstätig sei (S. 4 Ziff. 2 unten). Die Patientin lehne eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im eigentlichen Sinne ab. Sie habe angegeben, dass sie nicht an ihren Symptomen leide. Sie habe sich an ihr Leben gewöhnt und es gehe ihr gut. Kontrolltermine fänden zirka einmal

pro Monat statt (S. 5 Ziff. 3.1). 4.2

Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in der Stellungnahme vom 10. Oktober 2018 (Urk. 6/146 S. 3 f.) aus, es liege eine Verbesserung vor. Bei der Beschwerdeführerin sei eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) festgestellt worden und es sei ihr per Juni 2009 eine Invalidenrente zugesprochen worden.

Gemäss dem Bericht vom 16. August 2018 habe die Beschwerdeführerin die Psychotherapie in der Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, im Jahr 2014 beendet. 2017 sei sie wieder neu angemeldet worden. Gemäss dem Bericht habe sie agoraphobische Ängste verneint. Im Befund sei die Stimmung als ausgeglichen beschrieben worden. Anhaltspunkte für ein depressives Erleben hätten nicht vor gelegen. Der Antrieb sei intakt erschienen. Ein Leidensdruck sei bei keiner der Konsultationen spürbar gewesen. Gemäss dem Bericht betrage die Motivation 1/10. Sie sei also sehr gering. Eine psychiatrische Behandlung finde derzeit nicht statt (S. 3 unten).

Laut den vorliegenden Unterlagen sei davon auszugehen, dass sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin deutlich gebessert habe. Da kein Leidensdruck vorgelegen habe, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben, könne davon ausgegangen werden, dass sich ihr Gesundheitszustand seit Abbruch der Behandlung im Jahr 2014 gebessert habe. Die auferlegte Schadenminderungspflicht sei also nicht umgesetzt worden. Aus dem Bericht gehe hervor, dass eine Agoraphobie oder eine sonstige Angststörung nicht mehr vorliege. Medizinisch-theoretisch könne daher aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 4 oben). 4.3

Die Beschwerdeführerin stellte der Beschwerdegegnerin sodann einen Bericht von lic. phil. G.\_\_\_\_ und Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Oberärztin, Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, vom 21. Januar 2019 (Urk. 9/4) zu. Lic. phil. G.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ stellten darin die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01). 5. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE

141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegünstigenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch

festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 5.3

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomenfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestiche Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C\_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3).

Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (erwähntes Urteil 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). 5.4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 6. 6.1

RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ nannte im Bericht vom 3. Dezember 2010 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Agoraphobie mit Panikstörung, Differentialdiagnose: generalisierte Angststörung, ängstlich-vermeidende akzentuierte Persönlichkeitszüge, eine nicht näher bezeichnete Essstörung und Adipositas. Dr. C.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit seit Juni 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Weiter ging er davon aus, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit mit einer adäquaten psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung steigern könne (vorstehend E. 3.2).

Dr. H.\_\_\_\_ nannte im Gutachten vom 7. Juli 2014 als Diagnosen eine Agoraphobie mit Panikstörung, eine generalisierte Angststörung, eine Dysthymie, einen Status nach einer Bulimie und Adipositas. Der Gutachter beschrieb zwar eine leichte gesundheitliche Verbesserung, die sich aber noch nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirke. Er kam zur Einschätzung, dass für jegliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von über 70 % bestehe (E. 3.7.2). In der Folge bestätigte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 9. März 2015 einen Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 6/115).

In der aktuellen Rentenrevision holte die Beschwerdegegnerin den Bericht von lic . phil. J.\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, vom 16. August 2018 ein. Diese berichtete, dass die Beschwerdeführerin die Behandlung im Z.\_\_\_\_ nach einer Unterbrechung wiederaufgenommen habe (vorstehend E. 4.1). RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ schloss in der Stellungnahme vom 10. Oktober 2018 anhand des Berichtes von lic . phil. J.\_\_\_\_ auf eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin (E. 4.2). Frau G.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, bestätigten im Bericht vom 21. Januar 2019 die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung (vorstehend E. 4.3). 6.2

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. März 2015 beruhte im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ (E. 3.7). Im Vergleich dazu erweist sich der Bericht von lic . phil. J.\_\_\_\_ (E. 4.1) in mehrfacher Hinsicht als unzureichend; es kann daraus nicht auf eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin geschlossen werden. Lic . phil. J.\_\_\_\_ wies explizit darauf hin, dass eine Aussage über eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nicht möglich sei, da diese längere Zeit nicht bei ihnen in Behandlung gestanden sei. Weiter gab sie an, dass seit Jahren eine Agoraphobie mit Panikstörung bestehe.

Nachdem die Beschwerdeführerin seit Jahren an einer Agoraphobie mit Panikstörung und an einer generalisierten Angststörung leidet, kann nicht allein anhand des von lic . phil. J.\_\_\_\_ erhobenen Befundes auf eine gesundheitliche Verbesserung geschlossen werden, da sich die behandelnde Therapeutin einer abschliessenden Beurteilung gerade enthalten wollte. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin agoraphobische Ängste und Zwänge im Rahmen der neu aufgenommenen Behandlung verneint hat (vorstehend E. 4.1), ist zurückhaltend zu bewerten. In diesem Zusammenhang ist insbesondere unklar, inwieweit der Verzicht auf eine adäquate Behandlung und die Angaben der Beschwerdeführerin als krankheitsbedingt zu bewerten sind. In diesem Sinne äusserte sich auch Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. Dezember 2010 (E. 3.2). In der Vergangenheit war es der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Ängste jedenfalls kaum möglich, ohne Begleitung ihre Wohnung zu verlassen. Frau G.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ bestätigten zudem im Bericht vom 21. Januar 2019 die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung (E. 4.3).

Die Beschwerdegegnerin hat es unterlassen, ein psychiatrisches Gutachten einzuholen. Gemäss der geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts hat neu für sämtliche psychiatrischen Erkrankungen eine Prüfung anhand der sogenannten Standardindikatoren zu erfolgen (vorstehend E. 5.2). Die Berichte der behandelnden Therapeuten vom 16. August 2018 (E. 4.1) und vom 21. Januar 2019 (E. 4.3) lassen eine Prüfung und Bewertung der Standardindikatoren nicht zu. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ist daher entgegen der Einschätzung Beschwerdegegnerin eingehend abzuklären. Dabei drängt sich die Einholung eines Verlaufsgutachtens bei Dr. H.\_\_\_\_ auf. 6.3

Die Sache ist somit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein Verlaufs-gutachten einhole. Danach hat sie erneut zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gegebenenfalls verbessert hat und neu zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Gerichtskosten sind vorliegend auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gut geheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 17. Dezember 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

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

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

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

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

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