

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01234 vom 24. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01234

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01234 du 24 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01234 del 24 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1981 geborene X.____, Mutter einer Tochter (geboren 2010), meldete sich am 10. Mai 2011 unter Hinweis auf eine Depression schweren Grades bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/7). Am 30. Oktober 2012 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. November 2011 eine ganze Rente zu (Urk. 10/69 und Urk. 10/80).

Im Rahmen der im Januar 2016 eingeleiteten Rentenrevision (Urk. 10/104 S. 1) holte die IV-Stelle Berichte der behandelnden Ärzte ein und veranlasste eine Begutachtung durch Dr. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Expertise vom 4. Juni 2016, Urk. 10/103/1-44). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/105) hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Oktober 2016 (Urk. 2) die bisherige ganze Rente mit Wirkung ab 30. November 2016 auf.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG).

E. 1.3

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 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 18. 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 voraus (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 unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unabhängig von der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend 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. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtswegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöhet, 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

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu

würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 6. Oktober 2016 (Urk. 2) damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache im Jahr 2012 wesentlich verbessert habe und es letzterer zu mutbar sei, einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft zu 100 % nachzugehen (S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2017 (Urk. 9) wies sie darauf hin, dass der Bericht der B.____ vom 1. Juni 2015 (Urk. 3) der Gutachterin zwar nicht vorgelegen habe, aus diesem Bericht aber nichts zugunsten der Beschwerdeführerin abgeleitet werden könne. Hätte der psychopathologische Befund dafür gesprochen, hätte die Gutachterin auch ohne den genannten Bericht eine bipolare Störung erkennen und diagnostizieren müssen (Urk. 9 S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten könne nicht als Grundlage für die Rentenaufhebung herangezogen werden. Die Expertise sei mangelhaft, da sie in Unkenntnis des Suizidversuchs im Frühling 2015 und des anschliessenden unfreiwillig erfolgten stationären Aufenthalts im Zentrum E.____ sowie der im mehrwöchigen stationären Setting sorgfältig durchgeführten Diagnostik einer bipolaren Störung verfasst worden sei (S. 6 Ziff. 3 und Urk. 18 S. 3 Ziff. 1). Des Weiteren weise das Gutachten auch deshalb einen Mangel auf, weil die bei der Begutachtung beigezogene Dolmetscherin bereits in einem Verfahren mit der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) betreffend die Obhut der Tochter der Beschwerdeführerin übersetzt habe und letztere deshalb Angst davor gehabt habe, dass eine vollumfängliche Offenlegung ihrer gesundheitlichen Beschwerden einen Einfluss auf das Verfahren bei der KESB habe (Urk. 18 S. 4 Ziff. 4). Im Weiteren liege aufgrund der aktuellen Arztberichte kein verbesserter Gesundheitszustand vor und die Befunde seien nach wie vor die gleichen wie bei der Untersuchung im Juni 2012 (S. 5 Ziff. 7, vgl. auch Urk. 24 S. 2).

E. 3

1.%2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der ursprünglichen Rentenverfügung vom 30. Oktober 2012 (Urk. 10/80) auf den psychiatrischen Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Juni 2012 (Urk. 10/53), welche folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte (S. 4): - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.8) - nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (ICD-10 F44.9) Die RAD-Ärztin hielt weiter fest, die Beschwerdeführerin habe von Verfolgungsideen berichtet, welche

grenzwertig wahnhaften Charakter aufwiesen (S. 3). Aktuell erfülle die Beschwerdeführerin die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung, wobei sie nicht die klassischen Symptome einer solchen Störung aufweise und somit diese unter ICD-10 F33.8 (sonstige rezidivierende depressive Störung) zu subsumieren sei. Im Unterschied zu einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss ICD-10 F33 zeige die Beschwerdeführerin Symptome sowohl einer schweren als auch einer mittelschweren rezidivierenden depressiven Störung, bei gleichzeitig latenter Suizidalität, welche ernst zu nehmen sei, und bei der eine prospektive, möglicherweise auch impulsive Handlungsrelevanz trotz nicht vollständiger Ausprägung einer schweren depressiven Symptomatik bestehe. Im Weiteren zeige sie eine passive aggressive, gegen sich selbst und andere gerichtete Impulsivität auf, welche nach einmaligem Gespräch nicht unter eine akzentuierte Persönlichkeit oder Persönlichkeitsstörung subsumiert werden könne, sondern eher im Rahmen eines autodestruktiven depressiven Mechanismus bei früher kindlicher Traumatisierung zu sehen sei. Es sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin rezidivierend depressiv dekompenziert sei und dies im Rahmen der früher kindlichen Traumatisierung, als auch die dissoziative Störung, die hierunter fallenden Ohnmachtsanfälle oder Bewusstseinsstörungen als eine Abwehrform traumatogener Inhalte begriffen werden könnten. Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung fehlten hingegen. Die paranoiden Ängste, verfolgt zu werden und sich unter Menschenmengen nicht wohl zu fühlen, seien als Reaktivierung des stark ängstigenden besetzten Täterintroyekts zu verstehen und nicht als eigene psychopathogene Einheit im Sinne einer psychotischen Störung. Zusammenfassend sei bei der Beschwerdeführerin von einer schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigung auszugehen, welche die psychische Leistungsfähigkeit einschränke und seit 22. November 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten begründe. Während die Fähigkeit zur Anpassung und Routine, die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit mittel- bis schwergradig eingeschränkt seien, sei die Durchhaltefähigkeit schwergradig beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungs- und Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten und die Wegefähigkeit seien mittelgradig eingeschränkt (S. 5 f. und S. 4). Prognostisch sei bei adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie langfristig mit überwiegender Wahrscheinlichkeit maximal eine Teilintegration im freien Arbeitsmarkt zu erreichen (S. 6).

2. Der angefochtenen Verfügung vom 6. Oktober 2016 (Urk. 2) lag das von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten von Dr. A. ___ vom 4. Juni 2016 (Urk. 10/103/1-44) zugrunde, in welchem folgende Diagnosen aufgeführt wurden (S. 38): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - aus psychiatrischer Sicht keine - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - anamnestisch Status nach rezidivierenden Anpassungsstörungen mit appellativer Parasuizidalität/Suizidversuchen 2008, 2012 und 2013/14 (ICD-10 F43.21, X61) - Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - anhaltende somatoforme Störung (ICD-10 F45.4) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - anamnestisch dissoziative Störungen, gemischt (Sensibilitätsstörungen, Bewusstseinsstörungen mit synkopaler Teilkomponente, ICD-10 F44.7) und Hyperventilationsattacken (ICD-10 F45.33), gegenwärtig remittiert bei Problemen - mit Bezug auf den engeren Familienkreis, einschliesslich familiäre Umstände (ICD-10 Z63) - in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) - in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59) - mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände: Unstimmigkeiten mit Beratungspersonen/KESB (ICD-10 Z64.4) - Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3) -

akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) Die Gutachterin hielt fest, die zurückliegende Dynamik mit wiederholten, nicht lebensbedrohlichen appellativen Intoxikationen als Reaktion auf psychosoziale Belastungsfaktoren beziehungsweise als wiederkehrende Anpassungsstörungen lasse retrospektiv vor allem auf eine Manifestation gewisser Persönlichkeitsakzente schliessen, im Sinne akzentuierter (histrionischer, gegebenenfalls emotional instabiler) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Die Beschwerdeführerin weise allerdings ein normvariantes Persönlichkeitsinventar auf, und es sei momentan in keinerlei Weise eine etwaige überdauernde krankheitswertige Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Ebenso wenig seien die Kriterien einer etwaigen Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung/Traumatisierung erfüllt. Eine aktuelle klinische Depression sei auch psychometrisch durch die gegenwärtig niedrigen Werte auf den Hamilton und den Montgomery-Asberg-Depressionsskalen widerlegt und die akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten als neurotischwertige Persönlichkeitsvariante keine arbeitsmedizinische Relevanz. Auch dissoziative Störungen seien aktuell nicht mehr feststellbar (S. 32). Im Weiteren führte die Gutachterin aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit vielen Jahren eine chronifizierte Schmerzstörung, welche die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 erfülle. Beim aktuell im Zentrum stehenden raschen subjektiven Erschöpfungsgefühl liege alsdann eine Neurassthenie im Sinne von ICD-10 F48.0 vor, wobei die diesbezüglichen Angaben der Beschwerdeführerin recht inkongruent seien, da sie sich anlässlich ihrer Aufenthalte in der Türkei weniger von neurassthenischen und somatoformen Schmerzen eingeschränkt erlebe. Des Weiteren bestehe ein seit zumindest 2008 rekonstruierbares dysthymisches Beschwerdebild. Die Beschwerdeführerin habe auf depressiv angehauchte Verstimmungszustände hingewiesen, die sie vor allem mit einem Gefühl der Erschöpfung und "Energieleere" beschreibe. Dabei handle es sich in dessen um keine eigentliche genuine respektive abzugrenzende, eigenständige Depression/depressive Episode. Der Dysthymia komme als neurotische Depressionsvariante

keine arbeitsmedizinische Relevanz zu. Im Übrigen lägen keine Hinweise für eine etwaige Bipolarität vor (S. 33). Unter dem Titel arbeitsmedizinische Beurteilung wies die Gutachterin darauf hin, dass im aktuellen Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit mehr objektiviert werden könne. Die mit den anhaltenden psychosozialen Belastungsvarianten schwankenden neurassthenisch-somatoform-dysthymen Restbeschwerden begründeten keine Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft. Ab wann genau von einer Wiederherstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, könne retrospektiv nicht datiert werden, weshalb spätestens seit der gutachterlichen Untersuchung am 2. Juni 2016 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten (körperlich nicht allzu anstrengende Verrichtungen, vorzugsweise ohne Schichtbetrieb) auszugehen sei (S. 39 und S. 41). Im Weiteren führte die Gutachterin aus, dass erhebliche Widersprüche zwischen der Selbstschilderung der Beschwerdeführerin und dem tatsächlich feststellbaren psychopathologischen Befund bestünden. Die Beschwerdeführerin habe sehr demonstrativ gewirkt, indem sie immer wieder – und schliesslich nicht nachvollziehbar – ihre hochgradige psychische Behinderung betont und darauf hingewiesen habe, wie sehr ihr, zumindest in der Schweiz (nicht während der Aufenthalte in der Türkei) alles Mühe mache und extrem viel Kraft koste. Eine dramatische (Selbst-)Darstellung und Akzentuierung von Beschwerden seien durchaus beobachtbar gewesen. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden habe sodann nicht mit der Intensität der bisher in Anspruch genommenen therapeutischen Hilfe übereingestimmt und im Alltag sei kein sozialer Rückzug feststellbar.

Sie habe zudem während der Untersuchung spontan und mit besonderer Geschmeidigkeit mühelos korrekte Kniebeugen gemacht, was mit der von ihr geltend gemachten Erschöpfung und den schweren Ganzkörperschmerzen schlicht nicht vereinbar sei (S. 42 f., vgl. auch S. 32 und S. 33). Die Gutachterin hielt schliesslich fest, dass sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit seit der Rentenzusprache im Jahre 2012 verändert habe, wobei es sich um eine eindeutige und überzeugende Verbesserung des Gesundheitszustands handle. Mit dem jetzigen psychischen Zustandsbild könne aktuell keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründet werden (S. 44).

E. 4.1

Vorwegzuschicken ist, dass das Gutachten von Dr. A. ___ den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Fragen nach dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen in psychiatrischer Fachrichtung. Die Gutachterin berücksichtigte detailliert die beklagten Beschwerden und setzte sich damit auseinander (Urk. 10/103/1-44 S. 16 ff. und S. 24 ff.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich die Gutachterin zur Krankheitsentwicklung äusserte und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahm (S. 2-6, S. 21 und S. 43 f.). Sie setzte sich insbesondere mit abweichenden Diagnosen in anderen Arztberichten auseinander und würdigte diese in nachvollziehbarer Weise (S. 43 f.). Schliesslich leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation namentlich auch in Bezug auf die hier massgeblichen gesundheitlichen Veränderungen ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet. In diesem Sinne legte Dr. A. ___ schlüssig dar, dass aus psychiatrischer Sicht eine Neurasthenie, eine Dysthymia, akzentuierte Persönlichkeitszüge sowie eine somatoforme Störung respektive eine Somatisierungsstörung vorliegen, welche spätestens seit 2. Juni 2016 für körperlich nicht allzu anstrengende Tätigkeiten keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 38 f.). Insgesamt erfüllt das Gutachten demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 E. 1c), weshalb darauf abgestellt werden kann.

E. 4.2.1

Soweit die Beschwerdeführerin einwendet, auf das Gutachten sei schon deshalb nicht abzustellen, weil sie in der psychiatrischen Untersuchung aufgrund der ihr bereits bekannten Dolmetscherin nicht in der Lage gewesen sei, ihre Beschwerden, Ängste und Halluzinationen vollumfänglich offenzulegen (Urk. 18 S. 4 Ziff. 4), ist ihr nicht zu folgen. Die Behauptung, wonach es sich bei der Übersetzerin in der gutachterlichen Untersuchung und im KESB-Verfahren um die gleiche Person gehandelt habe, ist nicht belegt. Im Übrigen fehlen entsprechende Vorbehalte der Beschwerdeführerin im Gutachten. Vielmehr wurde in der Expertise explizit darauf hingewiesen, dass die Dolmetscherin „herzig begrüsst“ worden sei, die Beschwerdeführerin mit der Übersetzerin und Gutachterin problemlos einen sehr guten emotionalen Rapport etabliert habe und etwaiges Misstrauen zu keinem Zeitpunkt feststellbar gewesen sei (Urk. 10/103/1-44 S. 25 und S. 26) respektive, dass sich die Beschwerdeführerin bereitwillig und offen beziehungsweise problemlos auf die Intermediation der Dolmetscherin eingelassen habe (S. 7). Anzuführen bleibt, dass etwaige Vorhaltungen gegen die Begutachtung samt Übersetzung echtzeitlich anzubringen gewesen wären und nach Vorliegen der Ergebnisse der Begutachtung verspätet sind.

E. 4.2.2

Im Weiteren geht auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Expertise sei mangelhaft, da die Gutachterin keine Kenntnis vom Suizidversuch im Frühling 2015 sowie vom sich daran anschliessenden Aufenthalt im Zentrum E.____ respektive von der im mehrwöchigen stationären Setting durchgeführten Diagnostik gehabt habe (Urk. 1 S. 6 Ziff. 1 ff.), ins Leere. Auch wenn der Gutachterin der entsprechende Bericht der B.____ vom 1. Juni 2015 (Urk. 3) nicht vorlag (vgl. Urk. 9 S. 1), so hatte sie Kenntnis davon, dass die Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen Rentenzusprache einen weiteren Suizidversuch unternahm und sich anschliessend in stationärer psychiatrischer Behandlung befand (Urk. 10/103/1-44 S. 21). Der Umstand, dass der Suizidversuch nicht - wie von der Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Untersuchung mitgeteilt - Ende 2014/Anfang 2015 stattfand (S. 21), sondern erst im April 2015 (Urk. 3), vermag an der Beweiskraft des Gutachtens nichts zu ändern. Im Übrigen ist zwischen dem Suizidversuch und der gutachterlichen Untersuchung mehr als ein Jahr verstrichen. Gleichermassen hat der Umstand, dass die Expertin die von der B.____ am 1. Juni 2015 gestellte Diagnose einer bipolaren affektiven Störung (Urk. 3) nicht kannte, keine Auswirkungen auf die Beweiskraft des Gutachtens (Urk. 1 S. 6 Ziff. 3). Vorwegzuschicken ist, dass die Beschwerdeführerin in Verletzung ihrer Mitwirkungspflicht die entsprechende Behandlung gegenüber der Beschwerdegegnerin gar nicht erwähnte (Urk. 10/94/2) und auch es auch der behandelnde Dr. G.____, Spezialarzt für Neurologie, unterliess, auf diese Behandlung hinzuweisen, obwohl er davon Kenntnis hatte (Urk. 9/96/3 und Urk.

3). Fest steht indes, dass die Gutachterin unabhängig vom B.____-Bericht eine solche Störung in nachvollziehbarer Weise verneint hat (Urk. 10/103/1-44 S. 33 und S. 43 f.). Zudem wurde das Vorliegen einer bipolaren Störung auch in den Berichten der Klinik H.____ vom 23. März 2011 (Urk. 10/12/6-8 S. 3) sowie der C.____ vom 10. Januar 2017 (Urk. 19/1 S.

E. 4.2.3

Bezüglich des Hinweises der Beschwerdeführerin, wonach die Gutachterin sie lediglich ein einziges Mal für die Dauer von zweieinhalb Stunden gesehen habe (Urk. 18 S. 4 Ziff. 3), gilt Folgendes: Ein Gutachter sieht einen Exploranden in der Regel nur für eine beschränkte Zeit, wobei sich aus der Anzahl und der Dauer der geführten Gespräche keine Rückschlüsse auf die Wertigkeit einer

Expertise ziehen lassen. Einen krankheitswertigen Befund oder das Fehlen eines solchen kann ein erfahrener Diagnostiker ohne Weiteres auch nach einem einmaligen Gespräch feststellen. Eine Mindestdauer ist bei einem solchen nicht zwingend einzuhalten. Den Ausführungen von Dr. A.____ lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer aktuellen Beschwerden und deren Behandlung, ihre sozialen Verhältnisse, ihren Tagesablauf etc. eingehend schilderte. Es fand eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung statt (vgl. E. 4.1 hier vor, vgl. dazu auch statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C-671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.5).

E. 4.3.1

Betreffend die von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte der C.____ vom 10. Januar, 8. Februar und 11. Dezember 2017 (Urk. 19/1-2 und Urk. 25) sowie des Zentrums I.____ vom 15. Mai 2017 (Urk. 19/3) ist darauf hinzuweisen, dass diese erst nach Erlass der streitigen Verfügung (6. Oktober 2016) verfasst worden und

nur insofern massgebend sind, als die darin erwähnten Umstände mit dem Streit gegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_279/2015 vom 27. August 2015 E. 3.2.1).

E. 4.3.2

Aufgrund des C.___-Berichts vom 10. Januar 2017 (Urk. 19/1) ist nicht ersichtlich, seit wann – vor oder nach 6. Oktober 2016 - die diagnostizierte mittelschwere depressive Episode anhält. Im Weiteren machten die C.___-Ärzte keine Angaben darüber, inwiefern die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die diagnostizierten Störungen beeinträchtigt ist.

E. 4.3.3

Gleiches gilt mit Bezug auf den C.___-Bericht vom 8. Februar 2017 (Urk. 19/2), in welchem unter anderem ohne nähere Begründung von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ausgegangen wird. Eine PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann, doch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma (Dilling/ Mombour/Schmid [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen ; ICD-10 Kapitel V [F] Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 207 f., vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.1 und E. 5.2.2). Im C.___-Bericht fehlen nähere Angaben über die traumatischen Erlebnisse. Es wird zwar auf Versuche sexueller Übergriffe durch den Grossvater und einen Onkel der Beschwerdeführerin sowie Schläge durch den Vater hingewiesen (Urk. 19/S. 2). Diese Vorfälle ereigneten sich indessen in der Kindheit respektive Jugend der Beschwerdeführerin und liegen über 10 Jahre zurück. In der gutachterlichen Untersuchung am 2. Juni 2016 gab die Beschwerdeführerin alsdann an, dass sie unter den sexuellen Übergriffsversuchen sehr lange gelitten und lange Alpträume gehabt habe, letztere aber nicht mehr aufträten (Urk. 10/103/1-44 S. 9 und S. 10). Die Gutachterin wies ferner darauf hin, dass bei der Exploration bei der Schilderung der Übergriffsversuche und Bestrafungen durch den Vater keine psychovegetativen Erregungszeichen ersichtlich gewesen seien, die Beschwerdeführerin von den Vorfällen emotional distanziert berichtet und aktuell auftretende Flashbacks und Intrusionen verneint habe und auch keine Konstriktionen und kein Hyperarousal eruiert seien (S. 9). Im Übrigen ist das Vorliegen einer PTBS auch von der RAD-Ärztin in ihrem Bericht vom 18. Juni 2012 verneint worden (Urk. 10/53 S. 5).

E. 4.3.4

Im C.___-Bericht vom 11. Dezember 2017 (Urk. 25) finden sich keine Angaben über allfällige Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit. Betreffend die „anamnestisch bekannte“ PTBS (vgl. E. 4.3.3 hievore) wiesen die C.___-Ärzte darauf hin, dass deren Symptomatik nicht im Vordergrund gestanden habe (S. 4).

E. 4.3.5

Für die im Bericht von I.___ vom 15. Mai 2017 (Urk. 19/3) gestellten Diagnosen (schizoaffektive Störung, PTBS, chronische Schmerzstörung, Adipositas; S. 1) fehlt jegliche Begründung. Gleiches gilt für die darin postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

E. 4.4

Zusammenfassend vermögen die Einwendungen der Beschwerdeführerin die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen. Es ist daher gestützt auf die Expertise von Dr. A.____ davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand spätestens seit 2. Juni 2016 dahin verbessert hat, dass die Beschwerdeführerin aus medizinisch-psychiatrischer Sicht in jeglicher Tätigkeit (ohne allzu schwere körperliche Verrichtungen und ohne Schichtarbeit) zu 100 % arbeitsfähig ist.

E. 5

) verworfen.

Vor diesem Hintergrund vermag auch der Hinweis der Beschwerdeführerin, wonach die von Dr. G.____ in seinem aktuellsten Bericht gestellte Diagnose einer bipolaren Störung (vgl. Urk. 10/96 S. 1) von der Gutachterin zu Unrecht als nicht nachvollziehbar bezeichnet worden sei (Urk. 1 S. 6 Ziff. 3), nicht zu überzeugen. Der Umstand, dass im Bericht der B.____ eine bipolare Diagnose gestellt worden ist, ändert nichts an der im Gutachten erwähnten fehlenden Nachvollziehbarkeit der entsprechenden Diagnose durch den fachfremden Dr. G.____ (Urk. 10/103/1-44 S. 43 f.), da die Diagnose im B.____-Bericht nicht näher begründet wird und sich zudem auch keine entsprechenden Angaben bei Dr. G.____ finden. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass es im Rahmen der Invaliditätsbemessung grundsätzlich nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_361/2016 vom 22. August 2016 E. 4.2.1). Schliesslich ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (B GE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 5.1.1

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 5.1.2

Vorliegend stehen psychosoziale und soziokulturelle Faktoren deutlich im Vordergrund und prägen das Beschwerdebild erheblich. Die Gutachterin hielt fest, dass die psychische Störung, welche zur Arbeitsunfähigkeit vom November 2011 bis (spätestens) Juni 2016 geführt habe, ausschliesslich durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst worden sei und durch sie unterhalten werde. Es kumulierten sich Schwierigkeiten in der Ehe, Probleme hinsichtlich der Finanzen (Fürsorgeabhängigkeit, Kreditaufnahme für einen Kollegen hinsichtlich vorgeschwindeltem Geschäftserfolg), Schwierigkeiten mit der Tochter (Entwicklungsstörung), Überwachung dieser Entwicklung durch die KESB, die vom Ehepaar entschiedene Änderung der Wohnsituation (Umzug nach Zürich) und die Platzierung der Tochter bei den Schwiegereltern in der Türkei. Ein eigenständiges oder komorbides psychisches Leiden verneinte die Gutachterin explizit (Urk. 10/103/1-44 S. 41 f.). Im Weiteren verwies auch Dr. G.____ in seinem Bericht vom 12. März 2016 (Urk. 10/96) auf diverse Belastungen durch den Ehemann und durch Behörden wegen der Tochter (S. 1) respektive auf diverse familiäre und soziale Probleme (S. 3). Der Druck der Behörden und das Ansinnen des Ehegatten, mit der gemeinsamen Tochter in die Türkei zurückzukehren, respektive die Rentenaufhebung und die Involvierung der KESB waren gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin sodann die (psychosozialen) Gründe für den

Suizidversuch im April 2015 (Urk. 10/103/1-44 S. 21) beziehungsweise im Dezember 2016 (Urk. 19/1 S. 1 und Urk. 19/2 S. 1 f.).

E. 5.2

Mit BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 änderte das Bundesgericht seine bisherige Praxis insofern, als es erkannte, dass die für somatoforme Schmerzstörungen entwickelte Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Person zu ermitteln ist, künftig auf sämtliche psychische Erkrankungen Anwendung findet.

Wenn jedoch wie vorliegend psychosoziale Faktoren im Vordergrund stehen und nach gutachterlicher Einschätzung kein eigenständiges psychisches Leiden gegeben ist, besteht kein verselbständigter Gesundheitsschaden im Rechtssinne und ist keine Indikatorenprüfung durchzuführen (Urteil des Bundesgerichts 8C_858/2017 vom 17. Mai 2018 E.3.2).

E. 5.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist und somit eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 8

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 6.2

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und die Beschwerdeführerin bedürftig ist (Urk. 12-14), ist ihr antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Da zudem die anwaltliche Verbeiständung notwendig ist, ist Rechtsanwältin Nöelle Cerletti, Bülach, als unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zu bestellen und nach Einsicht in die Kostennote vom 26. September 2016 (Urk. 27) mit Fr. 3'648.30 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) aufmerksam gemacht. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 7. November 2016 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr Rechtsanwältin Noëlle Cerletti als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann:

- 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Noëlle Cerletti, Bülach, wird mit Fr. 3'648.30 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

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

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