

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01388 vom 15. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01388

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01388 du 15 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01388 del 15 maggio 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz 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. 2 IVG).

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, 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 Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). 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

) bildet grundsätzlich die auf eingehender medizinischer Abklärung fußende Mitteilung der Beschwerdeführerin vom 7. Oktober 2014 (Urk. 10/80), mit welcher der Invaliditätsgrad von 100 % und damit der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente im Rahmen des im Juli 2013 angehobenen amtlichen Revisionsverfahrens bestätigt wurde. 3. 3.1

Der Rentenbestätigung vom 7. Oktober 2014 (Urk. 10/80) lag in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das durch die Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre (internistische, rheumatologische und psychiatrische)

Gutachten der Medas

Z.____ vom 25. Juli 2014 (Urk. 10/77) zugrunde. 3.2

Im rheumatologischen Teilgutachten hielt Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, fest, die Beschwerdeführerin klagt über Kreuzschmerzen, die seit dem Treppensturz im Jahr 1997 in unveränderter Intensität anhalten würden. Im Haushalt sei sie auf die Hilfe ihrer Kinder angewiesen. Die auf das Skelettsystem bezogenen Symptome würden ausserdem durch ein fibromyalgiformes Beschwerdebild überlagert werden, das sich allerdings im Nacken-Schultergürtelbereich lokalisiert und ohne typische Begleitsymptome, eines generalisierten Weichteilrheumatismus bleibe. Dr. C.____

führte weiter aus, die anamnestischen Angaben sowie die Auskünfte zur funktionellen Kapazität würden in Diskrepanz zu den klinisch eruierten Befunden am Bewegungsapparat, aber eben so zu den konventionell-radiologischen Verlaufskontrollen (im Juli 1997, April 1998 und Dezember 1999), ein geschlossenes röntgenologisch-computertomographische Abklärung der Lumbalwirbelsäule (im Dezember 1999), stehen. Aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse bestünden eine altersentsprechend gute Beweglichkeit in allen drei Bewegungsabschnitten der Wirbelsäule sowie eine einwandfreie knöcherne Heilung im Bereich der zwei Querfortsatzfrakturen beim 2. und 3. Lendenwirbelkörper. Die erwähnten bildgebenden Dokumentationen würden im Übrigen altersphysiologische degenerative Veränderungen an den Wirbelgelenken sowie an den Bandscheiben zeigen, die ohne krankenspezifische Bedeutung seien. Ferner seien die Kriterien für eine Klassifikation zu Fibromyalgie nicht erfüllt. Die beidseitig herabgesetzte und schmerzhafte Patellaverschieblichkeit sei möglicherweise ein Hinweis für eine beginnende Femoropatellare Arthrose, die vermutlich im Zusammenhang mit der deutlichen Übergewichtigkeit stehe. Im Übrigen sei die Motilität an den gewichttragenden Gelenken beidseits in vollem Umfang erhalten. Zusammenfassend sei die Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und den objektiven Befunden am Bewegungsapparat erheblich. Es bestehe der Verdacht auf eine Symptomausweitung und auf eine damit zusammenhängende Selbstlimitierung. Aus rheumatologischer Sicht seien der Beschwerdeführerin sowohl ihre angestammte Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit in einem 100%-Pensum zumutbar (Urk. 10/77/25-27). 3.3

Pract. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Teilgutachten fest,

die Konzentrationsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei gegeben. Der über drei Stunden dauernden Exploration habe sie gut folgen können, obwohl die Antworten teils schwierig nachzuvollziehen gewesen seien. Sie sei sehr weitschweifig, umständlich, aber auch

eingengt. Ihre Angaben wiederhole sie oft und ohne Zusammenhang. Halluzinationen würden verneint werden, trotzdem entstehe der Eindruck einer wahnhaften, zerfallenden Innenwelt. Sie wirke nicht depressiv, jedoch sehr instabil und auch inkonsistent, schnell wechselnd. Es seien Insuffizienz- und Schuldgefühle erkennbar. Pract. med. D. ____ beschrieb die Beschwerdeführerin ausserdem als affektinkontinent, affekt labil und auch antriebsgehemmt. Ferner wirke sie immer wieder inadäquat, parathym und auch bizarr. Im Gespräch sei sie logorrhöisch und stark theatralisch, in sich aber schlüssig (Urk. 10/77/34f.).

Pract. med. D. ____ konstatierte, aufgrund des klinischen Eindrucks und der Auswertung des Psychostatus liege eine schwere depressive Episode vor. Neben den klar depressiv-apatthischen Symptomen sei vor allem das Gedankenabreissen auffällig. Das Reden wirke oft sinnlos und es hätten sich Aspekte ergeben, wie sie bei einer hebephrenen Schizophrenie zu beobachten seien. Diese Diagnose erscheine aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin jedoch wenig wahrscheinlich. Eine klare psychotische Produktivsymptomatik liesse sich nicht finden, aber das Symptomenspektrum der Beschwerdeführerin passe zu einer Negativsymptomatik wie sie bei einer Schizophrenie beobachtet werden könne. Deswegen sei eine schwere Depression mit psychotischen Symptomen überwiegend wahrscheinlich. Diese Störung schränke die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit massiv ein. Ferner scheine in den letzten Jahren eine Panikstörung aufgetreten zu sein, welche für die aktuelle Einschätzung jedoch nicht von Relevanz sei. Relevant für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei hingegen die anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Diesbezüglich sei eine Komorbidität mit der schweren Depression klar gegeben. Der soziale Rückzug sei stark ausgeprägt. Der primäre Krankheitsgewinn sei zwar nicht sicher nachzuvollziehen, es erscheine jedoch überwiegend wahrscheinlich, dass die Sorge um die Kinder und die Eheprobleme als Ursache einer pathologischen Bewältigung anzusehen seien. Eine Aggravation könne trotz des histrionisch anmutenden Verhaltens verneint werden. Die Behandlungsergebnisse seien trotz jahrelanger somatischer und vor allem auch psychiatrischer Behandlung unbefriedigend. Der Effekt der psychopharmakologischen Behandlung sei deshalb in Frage zu stellen und die

Medikamentencompliance der Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf zu überprüfen. Eine stationäre Behandlung sei grundsätzlich zu empfehlen, mache im deutschsprachigen Raum aufgrund der sprachlichen Probleme der Beschwerdeführerin aber kaum Sinn. Pract. med. D. ____

äusserte ausserdem, angesichts der Schwere der Depression sei es erstaunlich, dass nur mit Citalopram gearbeitet werde, welches im Übrigen nicht in wirksamen Mengen im Blut nachgewiesen werden könne. Die Dosierung des Citalopram und anderer Antidepressiva sei mit Blutspiegelkontrollen zu überprüfen. Eine ergänzende Behandlung mit Neuroleptika sei ebenfalls unabdingbar. Erst wenn unter solchen medikamentösen Behandlungsversuchen gewisse Verbesserungen zu beobachten seien, seien weitere psychotherapeutische Massnahmen ins Auge zu fassen (Urk. 10/77/38-40). 3.4

Im Rahmen der Schlussbesprechung hielt den federführende Gutachter Dr. med. E. ____, Allgemeine Medizin FMH, und Dr. med. F. ____, Rheumatologie FMH, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 10/77/17): - Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40)

Ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit notierten die Fachärzte (1) chronifizierte Lumbalgien, (2) ein fibromyalgiformes Syndrom oberhalb der Taille und Selbstlimitierungstendenz, (3) eine Femoro patellar arthrose beidseits, (4) Adipositas (BMI 33.8) sowie eine nicht alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD), (5) eine arterielle Hypertonie, (6) Laktoseintoleranz sowie (7) einen Verdacht auf Status nach Panikstörung (ICD-10: F41.0), differenzialdiagnostisch eine Schizophrenie (ICD-10: F20.9), eine schizoaffektive Störung (ICD-10: F25.9) oder unklare Demenz (ICD-10: F09).

Die Gutachter hielten eine unveränderte anhaltend 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die früher ausgeübte Tätigkeit, wie auch für jede andere allenfalls in Frage kommende Verweistätigkeit fest. Limitierend würden sich dabei die schweren psychischen Störungen erweisen. Hinsichtlich der Prognose äusserten die Gutachter, aufgrund der langen Dauer und der schwer ausgeprägten Psychopathologie könne die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen kaum wesentlich verbessert werden. In therapeutischer Hinsicht sei jedoch eine Anpassung der Psychopharmakotherapie zu empfehlen (Urk. 10/77/17f.). 4.4.1

Der rentenaufhebenden Verfügung vom 7. November 2017 (Urk. 2) lag im Wesentlichen das durch die Beschwerdeführerin eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom 13. Mai 2016 (Urk. 10/110) zugrunde. 4.2

4.2.1

Dr. A.____ beschrieb die Beschwerdeführerin als vital, mit aufgestelltem Lächeln und sthenischem Schritt. Die Beschwerdeführerin sei sehr mitteilungsbedürftig und tendiere dazu, ihr wichtig erscheinende Befindlichkeiten aus schweifend zu beschreiben. Sie habe sich aber gut auf die Exploration fokussieren können und dabei auch durchgehend alert gewirkt. Weiter habe sie im Rahmen der Exploration eine breite Palette von emotionalen Nuancen gezeigt. So sei sie im affektiven Rapport gut spürbar, wirke auch am Gegenüber interessiert, gelegentlich prüfend, selten auch kurz ungeduldig, wenn beispielsweise zu viel auf ihr offenbar unwichtig erscheinende Fragen und Themen insistiert werde. Meistlich seien die Fragen klar und prompt beantwortet worden. Bei emotionalen Themen, wie ihre Rachegefühle gegenüber dem Peiniger ihres Sohnes, zeige sich die Beschwerdeführerin eindrücklich theatralisch. So habe sie mimisch und mit voller Stimme eine mehrminütige Rede vorgetragen, die an einen Monolog aus Shakespeares «King Lear» erinnere und inhaltlich auch damit übereinstimme (die Verzweiflung der Mutter, die sich für die Gewalt an ihren Kindern schuldig erachte; täglich sterbe, während der Täter weiterlebe; bereit wäre, ihn umzu bringen bzw. für ihre Kinder ins Gefängnis zu gehen). Gleichzeitig könne die Beschwerdeführerin aber auch von diesen dramatischen Inhalten weggeführt werden. Sie lasse sich auf sämtliche ihr angebotenen Themen ein, wobei das breite affektive Spektrum zum Vorschein komme (schmunzelnde bis lachende Kommentare, Scherze, Ernsthaftigkeit, Trauer um verpasste Chance als intelligentes Kind, differenzierte Gedanken zur «türkischen Mentalität» etc.). Sämtliche Emotionenbereiche seien dabei themenadäquat und eine etwaige Parathymie könne zu keinem Zeitpunkt festgestellt werden. Dr. A.____ erkannte als zentrales Lebens Thema die Selbstwertproblematik, das Bewusstsein eigener Begabungen und Ressourcen, die Bitterkeit und Frustration, nach eigener Auffassung durch widerliche Lebensumstände an deren Entwicklung gehindert worden zu sein, und die Suche nach dem Schuldigen, wobei sich hier offenbar gegenwärtig (seit 2013) der Täter des sexuellen Missbrauchs ihres Sohnes anzubieten scheine. In diesem Gedankengang erscheine die Beschwerdeführerin durchaus logisch nachvollziehbar, zumal auch objektiv der Eindruck

einer guten Intelligenz und reifen Persönlichkeitsstruktur entstehe. Die Ausführungen würden entsprechend keinerlei Anlass auf eine etwaige psychische Entwicklung geben. Sie wirke vielmehr beharrlich und verbittert, wenngleich dann auch wieder nicht fixiert oder eingeengt (Urk. 10/110 S. 26f.).

Dr. A. _____

betonte weiter, die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und in allen Qualitäten orientiert. Mnestiche Störungen seien keine objektivierbar. Subjektiv werde eine (hochgradige) gestörte Konzentration beklagt (sie werde spätestens nach einer Stunde durch diverse Schmerzen abgelenkt, wenn sie jetzt arbeiten müsste). Während der Exploration (Dauer: 2.75 Stunden) sei die Beschwerdeführerin hingegen hochgradig konzentriert gewesen und habe trotz intensiver emotionaler Beteiligung keinerlei Ermüdungszeichen gezeigt. Das Denken sei beweglich und die Beschwerdeführerin habe auch von sich aus Themen angeschnitten. Hinweise für genuines pathologisches Haften oder Perseverieren, auch Ruminieren gebe es keine. Die Beschwerdeführerin habe explizit betont, die Gedanken an das, was ihren Kindern angetan worden sei, und an die Vergangenheit zu vermeiden. Sie wolle nicht daran denken. Im Rahmen der gutachterlichen Situation sei sie inhaltlich auf ihre eingeschränkte Befindlichkeit und reduzierte Lebenssituation fokussiert gewesen und habe sich mit akzentuierter, dramatischer Selbstdarstellung wiederholt theatralisch in Szene gesetzt. Gleichzeitig wirke sie aber auch streckenweise sehr nüchtern, souverän und wachsam. Inhaltlich habe die Beschwerdeführerin mehrfach ihre besondere Seriosität und ihren Fleiß so wie ihren Arbeitswillen und ihre Motivation betont. Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien keine ersichtlich. Die biographisch belastenden Ereignisse (Eheprobleme, Schulden, Trennung, alleinerziehende Mutter von vier Kindern mit Problemen, Arbeitsplatzverlust) würden von der Beschwerdeführerin, abgesehen von den sexuellen Missbrauchserlebnissen zweier ihrer Kinder, recht nüchtern und ohne psychovegetative Erregungszeichen, adäquat und nachvollziehbar dargestellt werden. Gegenwärtig seien keine dissoziative Symptome eruierbar. Etwaige Dys- oder Parästhesien würden spontan nicht beklagt werden. Erst auf Nachfrage hin habe sie von einem nach einer Stunde auf tretenden Kraftlosigkeitsgefühl und Ganzkörperschmerzen berichtet. Etwaige Schmerzzeichen, antalgische Sitzhaltungen, Schmerzgrimassieren, Hinken, sich an den Kopf greifen etc. seien während der Exploration jedoch nicht erfolgt.

Die Beschwerdeführerin habe auch explizit angegeben, dass es ihr im Alltag besser gehe als früher. Gastrointestinale Beschwerden seien nicht berichtet worden. Anhaltspunkte für etwaige Agora- oder Soziophobie und Zwänge gebe es keine. Sie wirke relativ zuversichtlich für die Zukunft und habe auch stolz neue Alltagskompetenzen, inklusive der Fähigkeit mehrmals jährlich in die Türkei zu reisen oder täglich lange Spaziergänge mit neuen Bekannten zu unternehmen,

geschildert. Erst auf Nachfrage hin habe die Beschwerdeführerin ein Gefühl der raschen Erschöpfung auch nach geringer Anstrengung angegeben. Eine relevante Störung der Schlafqualität sei nicht eruierbar. Psychomotorisch sei sie unauffällig, mit lebhafter Mimik und Gestik und ohne besondere antalgische (Spontan-) Körperhaltungen während der Begutachtung. Ferner sei auch kein sozialer Rückzug feststellbar. So habe die Beschwerdeführerin angegeben, Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen, insbesondere zu ihren Kindern, Geschwistern und Eltern

zu pflegen, inklusive regen telefonischen Austausch und Reisen in die Türkei. Ausser dem pflege sie auch eine neue Freundschaft zu einer anderen türkischen Frau, mit der sie spazieren gehe und Kaffee trinke. Suizidalität werde verneint (Urk. 10/110 S. 27-29). 4.2.2

Dr. A. ___ fasste zusammen, insbesondere die Kränkung durch den Verlust ihrer Arbeitsstelle bzw. das Versiegen ihrer zentralen Selbstwertquelle scheinend, bei schon längst belasteter Privatsituation bzw. zerrütteter Ehe und der daraus folgenden Konsequenz, fortan als alleinerziehende Mutter vier Kinder grossziehen zu müssen, rasch ein somatoformes Schmerzleiden konsolidiert zu haben. Im Laufe der Jahre seien weitere psychosoziale Belastungsfaktoren hinzugekommen (Zöliakie einer Tochter, Missbrauchsvorfälle und damit zusammenhängendes Justizverfahren, Depressionen und Drogensucht einer Tochter), so dass die emotionale Konflikthaftigkeit bis ins Jahr 2014 nicht mehr nachgelassen habe (Urk. 10/110 S. 30). Anlässlich der aktuellen gutachterlichen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin jedoch so lebhaft interagierend und spürbar präsentiert, dass zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung ein eigentlicher angstvoller oder depressiver Affekt feststellbar gewesen sei. Die Frustrations-, Schuld- und Insuffizienzgefühle seien nachvollziehbar dargestellt worden. Ein Eindruck eines krankhaften oder gar psychotischen Ausmasses sei nicht entstanden. Ausdrücklich festzustellen sei auch, dass die Beschwerdeführerin spontan keinerlei zentrale Absorption durch Schmerzen, Verdauungsstörungen oder Kraftlosigkeitsgefühl beschrieben habe. Ferner seien die psychometrischen Kriterien einer klinischen depressiven Episode nicht (mehr) erfüllt, die früher beschriebene Depression entsprechend remittiert. Im Übrigen schliesse auch die Beschreibung des Tagesverlaufs und der sozialen Aktivitäten inklusive Reisetätigkeit die im Jahr 2014 noch geltend gemachte schwere depressive Episode aus (Urk. 10/110 S. 32). Ätiologisch sei das depressive Leiden als psychoreaktiv einzuordnen bzw. sei das depressive Leiden ausschliesslich in Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungsfaktoren entstanden. Offenbar sei es der Beschwerdeführerin in den letzten zwei Jahren gelungen, eine Distanz zu den «herunterziehenden» Problemen ihrer Kinder zu schaffen und sich mit der Wiederaufnahme von Interessen (Lesen, Spazieren, Reisen) und sozialen Aktivitäten (neue Freundin, Familienbesuchen und «regen Telefonaten») aufzurichten (Urk. 10/110 S. 33).

Dr. A. ___ verwies ausserdem auf die ungenügende psychopharmakologische Behandlung compliance. Die Beschwerdeführerin habe während der Untersuchung angegeben, mindestens seit einem Jahr keine Psychopharmaka mehr einzunehmen und von einem pflanzlichen (oder homöopathischen) Präparat befriedigende Wirksamkeit zu empfinden. Auch Analgetika nehme sie nicht ein. Eine etwaige polydisziplinäre Behandlung in einer spezialisierten Schmerzprechstunde oder Tagesklinik, oder auch stationär, habe nie stattgefunden (Urk. 10/110 S. 31).

4.2.3

Die psychiatrische Gutachterin nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/110 S. 37): - Anamnestic anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) - Anamnestic Neurasthenie (ICD-10: F48.0) - Psychosoziale Belastungssituation: gegenwärtig und seit knapp 20 Jahren abwechselnde Probleme - mit Bezug auf den engeren Familienkreis, einschliesslich familiärer Umstände (ICD-10: Z63) - mit Bezug auf Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56) - mit Bezug auf die Wohnbedingungen oder die wirtschaftlichen Verhältnisse (ICD-10: Z59)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierte Dr. A.____ (1) ein Status nach somatoformer autonomer Funktionsstörung oberes Verdauungssystem (ICD-10: F45.31), (2) ein Status nach funktioneller Dysphonie bzw. dissoziativer Störung (Konversionsstörung; ICD-10: F44.4), (3) eine depressive Episode, gegen wärtig remittiert (ICD-10: F32.4) sowie (4) akzentuierte histrionische Persönlich keitszüge (ICD-10: Z73.1).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. A.____ aus, im Zusammenhang mit der Bewertung der versicherungsrechtlich geltenden Standardindikatoren könne aus fachärztlich-psy chiatrischer arbeitsmedizinische r

Sicht mit dem vorliegenden neurasthenischen und somatoformen Krankheitsgeschehen und remitti e rter De pression keine etwaige hochgradige anhaltende Arbeitsunfähigkeit verbunden werden. Insgesamt liege seit Zeitpunkt der Begutachtung (9. Mai 2016) eine etwa 20%ige Arbeitsunfähigkeit für Hilfstätigkeiten mit geringen körperlichen An stren gungsanforderungen vor (Urk. 10/110 S. 39) . Auf die Tätigkeiten im Haus halt würden die neurasthenischen und somatoformen Beschwerden keine rele vante Auswirkung haben, da diese autonom und flexibel gut dosiert werden könn t en. Es bestehe somit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten im Haushalt (Urk. 10/110 S. 43) . 5. 5.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____

wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten (vgl. Urk. 10/110 S. 3-11) abgegeben. Die Gut achter in

hat detaillierte Befunde erhoben (vgl. Urk. 10/110 S. 26-29), die geklagten Beschwerden berücksichtigt (vgl. Urk. 10/110 S. 25f.) und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführer in auseinandergesetzt. Zudem hat sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt (vgl. Urk. 10/110 S.

29-37) und insbesondere auch die medizinischen Vor - akten kritisch gewürdigt (Urk. 10/110 S. 40f.) und sich einlässlich mit der vor wiegend relevanten Frage einer Veränderung des Leidens auseinandergesetzt (Urk.

110/43) . Das Gutachten erfüllt demnach die recht spre chungs gemässen Anfor derungen an eine beweiskräftige ärztliche Ent scheidungs grund lage (vgl. E. 1.5).

5.2

Es steht aufgrund der Akten fest, dass eine schwere depressive Episode mit psy chotischen Symptomen (ICD-10: F32.3) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) zur Bestätigung des Anspruchs auf eine ganze Rente führten (Verfügung vom 7. Oktober 2014 ; vgl. vorstehend E. 3.4). Gutach terin Dr. A.____

diagnostizierte in ihrer psychiatrischen Begutachtung eben falls eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

sowie eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) und

beurteilte die depressive Episode als remittiert. Aufgrund dessen schätzte sie die psychischen Beschwerden entsprechend ohne wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein. Sie attestierte der Be schwer deführerin eine 80%ige Arbeits fähigkeit (vgl. E. 3.4). Eine revisions recht lich relevante Änderung ist daher zweifellos

gegeben . Es ist offensichtlich zu einer Befundbesserung gekommen. Pract . med. D.____ beschrieb die Be schwer de führerin in seinem Gutachten als affektinkontinent , affektlabil

und auch antriebsgehemmt (vgl. E. 3.3). Dr. A.____ hingegen erlebte die Beschwerde führerin im affektiven Rapport gut spürbar, in den verschiedenen Emotions bereichen themenadäquat und im Gedankengang logisch nachvollziehbar (vgl. E. 4.2.1). Ebenso war der von pract. med. D.____ festgehaltene stark ausgeprägte soziale Rückzug (E. 3.3) im Rahmen der Exploration bei Dr. A.____ im Jahr 2016 nicht mehr feststellbar. Vielmehr habe die Beschwerde führerin angegeben, mit ihrer Familie in der Türkei regen Kontakt zu pflegen und diese auch mehrmals jährlich für einige Wochen zu besuchen (Anfang 2016 war die Beschwerdeführerin für fünf Wochen in der Türkei bei ihren Eltern zu Besuch, um ihre Mutter nach einem Unfall im Haushalt und bei der Pflege zu unterstützen [Urk. 10/110 S. 32]). Ferner lebt die Beschwerdeführerin mit drei ihrer vier Kinder zusammen in einer Wohnung (Urk. 10/110 S.

31) und trifft regelmässig eine Freundin zum Kaffee oder für Spaziergänge (Urk. 10/110 S. 31). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nur sporadisch und je nach Bedarf zu ihrem Psychiater geht (1 bis 2 mal pro Monat oder auch weniger) und sie über ein Jahr keine Medikation (weder Psychopharmaka noch Analgetika) mehr beanspruchte und nun nicht verschreibungspflichtige Kräuter und homöopathische Mittel zu sich nimmt (vgl. Urk. 10/110 S. 25), weist ebenfalls auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes hin resp. lässt darauf schliessen, dass trotz geschilderter Beschwerden relativ wenig Leidensdruck vorhanden ist und sich die Auswirkungen des Leidens seit dem Jahr 2014 verbessert haben. Untermauert wird dies durch das Aktivitätsniveau der Beschwerde führerin. So gab diese an, täglich ein bis zwei Stunden alleine oder mit einer Freundin spazieren zu gehen, auf dem Balkon einen Kräuter- und Blumengarten zu pflegen, viel zu lesen und zusammen mit ihren Kindern den Haushalt zu machen, wobei sie vor allem aufräume und staubsaugt (Urk. 10/110 S. 24f.).

Weiter hat die Beschwerde führerin erst auf Nachfrage der psychiatrischen Gutachterin ihre Beschwerden (Schmerzen, keine Kraft, rasche Erschöpfung) genannt (Urk. 10/110 S. 32), wobei diese,

angesichts der Tatsache, dass sie keine Analgetika mehr einnimmt, zu relativieren sind und auch in Diskrepanz zu ihrem tatsächlich gezeigten Aktivitätsniveau stehen. Im Übrigen äusserte die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. A.____

explizit, dass es ihr «besser als früher» gehe (Urk. 10/110 S. 27). 5.3

Zusammenfassend ist aufgrund des psychiatrischen Gutachtens von Dr. A.____ mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung des psychischen Leidens der Beschwerdeführerin ausgewiesen. So besteht im Vergleich zur Rentenbestätigung im Jahr 2014 insbesondere eine deutliche Remission der depressiven Episode.

Demnach ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom Mai 2016 zu Recht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der letzten materiellen Rentenüberprüfung im Jahr 2014 massgeblich verbessert haben, was rechtsprechungsgemäss einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG darstellt. 5.4

Die Beschwerdeführerin leidet unter keiner invalidisierenden somatischen Erkrankung. Die von der Gutachterin festgehaltene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit basiert ausschliesslich auf der psychischen Symptomatik. Nach jüngster Rechtsprechung ist bei

sämtlichen psychischen Leiden die Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens anhand des in BGE 141 V 281 auf gestellten Katalogs von Indikatoren vorzunehmen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1).

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) anderseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Die von der psychiatrischen Gutachterin Dr. A. ___ vorgenommene Prüfung der Standardindikatoren (vgl. Urk. 10/110 S. 34-37) ist plausibel und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. Mithin ist von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit für Hilfstätigkeiten mit geringen körperlichen Anforderungen auszugehen. Daran vermag auch der Schlussbericht des Belastbarkeitstrainings vom 13. Oktober 2017 nichts zu ändern. Wohl kann den Ergebnissen solcher leistungsorientierter beruflicher Abklärungen nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden (Urteil 9C_737/2011 vom 16. Oktober 2012 E. 3.3). Die von der Beschwerdeführerin auch während des Belastbarkeitstrainings geklagten und vorherrschenden Konzentrationsstörungen sowie Vergeßlichkeit bzw. Verwirrtheit fanden indes in der fachärztlichen gutachterlichen Untersuchung keinen krankheitswertigen Niederschlag und wurden auch durch die nachträglich in Auftrag gegebene bildgebende Untersuchung (MRI-Schädel vom 17. Oktober 2017, Urk. 10/154) somatisch nicht erhärtet. Die Überzeugung der Beschwerdeführerin, lediglich zwei Stunden am Tag arbeiten zu können, äusserte sie auch gegenüber der Gutachterin, die sich damit aufgrund der objektiven Befunde auseinandersetzte und zu einer in Einklang mit dem Aktivitätsniveau stehenden, nachvollziehbaren Schlussfolgerung kam, die durch diejenige der beruflichen Eingliederungsfachpersonen nicht in Zweifel gezogen werden kann. 5.5

Die von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urk. 10/146, Urk. 10/149, Urk. 10/153), welche mit Mitteilung vom 6. November 2017 (Urk. 10/155) abgeschlossen wurden, blieben beschwerdeweise unbestritten. 6.

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). 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 rechts anwendende 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.

2.1

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) vom 7. November 2017 hielt die Beschwerdegegnerin fest, die medizinische Abklärung habe ergeben, dass seit Mai 2016 von einer Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen sei und kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen sei. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 5. Dezember 2017 (Urk. 1) sinngemäss geltend, es liege kein Revisionsgrund vor. An der gesundheitlichen Situation habe sich nichts geändert. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die der Beschwerdegegnerin zugesprochene ganze Rente zu Recht aufgehoben wurde. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. E.

E. 6

). Am 30. September 1998 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons Glarus unter Hinweis auf eine seit Sommer 1997 bestehende schwere Depression zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 10/4). Die IV-Stelle Glarus sprach der Versicherten ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 100 % mit Verfügungen vom 10. Juni 1999 rückwirkend ab dem 1. Mai

1998 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 10/18, Urk. 10/19), welche revisionsweise mit Mitteilungen vom 26. November 2001 (Urk. 10/29, IV-Stelle Glarus) und 25. Oktober 2006 (Urk. 10/39, IV-Stelle Luzern) bestätigt wurde.

Aufgrund eines Wohnortwechsels in den Kanton Zürich (vgl. Urk. 10/52) leitete die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, im Dezember 2009 ein neues amtliches Revisionsverfahren ein (Urk. 10/55) und bestätigte den bisherigen Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung mit Mitteilungen vom 17. März 2010 (Urk. 10/60) und 7. Oktober 2014 (Urk. 10/80). Im Rahmen letzterer auferlegte die IV-Stelle der Versicherten gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Abklärungsstelle (Medas)

Z.____

vom 25. Juli 2014 (Urk. 10/77) eine Schadenminderungspflicht (Urk. 10/79).

E. 6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

E. 6.2

Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin nur über eine bescheidene schulische Bildung verfügt und in der Schweiz hauptsächlich als Montageangestellte tätig war (vgl. Urk. 10/6), ist davon auszugehen, dass sie im Gesundheitsfall in einem 100%-Pensum einer entsprechenden Hilfstätigkeit nachgehen würde. Dabei würde sowohl beim mutmasslichen Validen- wie beim Invalideneinkommen derselbe Tabellenwert nach der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen zur Anwendung

gelangen, wobei für das Invaliden einkommen keine über die attestierte Arbeitsunfähigkeit hinausgehende Einschränkung zu berücksichtigen wäre. Bei 80%iger Arbeitsfähigkeit in einer leidens angepassten Hilfstätigkeit kann von der ärztlichen geschätzten Arbeitsunfähigkeit ohne weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen und damit ein Prozentvergleich vorgenommen werden (BGE 134 V 322 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 und 8C_450/2014 vom 24. Juli 2014 E. 7.3). Der Invaliditätsgrad beträgt demnach 20 %, was keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad darstellt.

Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. 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) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der

unterliegenden 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 zugestellt. 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 diese Entscheidung 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 Hurst Stadler

E. 11

). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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