

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00677 vom 4. Februar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00677

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00677 du 4 février 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00677 del 4 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1

Die 1958 geborene X.____ war seit dem 19. Juni 2000 bei der Y.____ als Mitarbeiterin Sortierung in einem 100 %-Pensum tätig (Urk. 12/6). Am 7. November 2006 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Depression, Asthma und eine Thrombose bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 12/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Am 2. Februar 2007 ordnete sie eine psychiatrische Begutachtung an (Urk. 12/13). Das Gutachten wurde am 20. April 2007 erstattet (Urk. 12/18). Gestützt auf die Schlussfolgerungen der Gutachterin sprach die IV-Stelle der Versicherten nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügungen vom 24. Juli 2007 und 27. August 2007 bei einem Invaliditätsgrad von 75 % eine ganze Rente der Invalidenversicherung ab 1. Oktober 2006 zu (Urk. 12/26 und Urk. 12/29). Im Rahmen einer im Mai 2010 eingeleiteten Rentenrevision holte die IV-Stelle einen Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters ein (Urk. 12/34) und teilte der Versicherten am 5. November 2010 mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Urk. 12/36). Im November 2015 wurde eine weitere Rentenrevision eingeleitet. Nach Einholung eines Verlaufsberichts des behandelnden Psychiaters (Bericht vom 2. April 2016, Urk. 12/41)

ordnete die IV-Stelle am 13. April 2016 eine psychiatrische Begutachtung an (Urk. 12/44). Die Exploration fand am 21. September 2016 statt. Das Gutachten wurde am 28. November 2017 erstattet (Urk. 12/51). Mit Vorbescheid vom 9. Januar 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht (Urk. 12/54). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 15. Januar 2018 (Urk. 12/55) und ergänzender Begründung vom 26. Februar 2018 Einwand (Urk. 12/80).

Mit Verfügung vom 20. Juni 2018 stellte die IV-Stelle die Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats ein (Urk. 12/88 = Urk. 2).

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). 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. 1.2.1

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 145 V 215 E. 5.1, 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 unbesehen 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.2

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 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 rentenbegründenden 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).

E. 1.2.3

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten (vgl. BGE 125 V 351) auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie,

Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen (BGE 139 V 547 E. 7.1.4). Hier zeigt sich die Beweisproblematik, wenn überhaupt, vor allem bezüglich der funktionellen Auswirkungen. Daher hat auch bei jenen Störungen eine vertiefende Prüfung hinsichtlich des funktionellen Schweregrades und insbesondere der Konsistenz zu erfolgen, wenn Hinweise auf Inkonsistenzen, auf Aggravation oder Simulation bestehen. Andererseits bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nach vollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 1.3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung 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. 1.3.2

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).

Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag

(Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.3.3

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1) .

E. 1.4

) erfüllt . Es beruht auf einer fachärztlichen Untersuchung durch den Gutachter und wurde in Kenntnis der relevanten Vorak ten abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammen hänge ist einleuchtend

und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach vollziehbar. Überdies spricht sich der Gutachter darüber aus, inwiefern eine effektive Verände rung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. 4.1.2

Es besteht keinerlei Anlass an der Qualifi k a tion des Gutachters zu zweifeln. Dass er ein erfahrener Sucht-Spezialist ist und von einem RAD-Arzt mit Facharzt titel Orthopädische Chirurgie und Traumatologie vorgeschlagen wurde – wie die Beschwerdeführerin beschwerdeweise beanstandet (Urk. 1 S. 22) – , ändert daran nichts . Die Beschwerdeführerin hat nichts vorgebracht, was die Fachkompetenz des Gutachters in Frage stellen würde. 4.1.3

Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend , die Begutachtung hätte zwingend u n t e r Beizug einer Übersetzungsperson stattfinden soll en (Urk. 1 S. 29).

Der bestmöglichen sprachlichen Verständigung zwischen Experte und versicher ter Person kommt insbesondere bei der psychiatrischen Abklärung besonderes Gewicht zu. Nach der Rechtsprechung ist daher bei psychiatrischen Begutachtun gen eine Übersetzungshilfe beizuziehen, sofern sprachliche Schwierigkeiten bestehen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache des Explo randen geführt werden kann. Es besteht indessen kein unbedingter Anspruch auf Durchführung einer medizinischen Abklärung in der Muttersprache oder auf Bei zug eines Übersetzers . Grundsätzlich hat der Gutachter im

Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder unter Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten ist

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_578/2014

vom 17. Oktober 2014 E. 4.2.5 mit Hinweisen) .

Dem Gutachten sind keinerlei Anhaltspunkte zu entnehmen, die auf sprachliche Schwierigkeiten schliessen lassen würden , und auch von der Beschwerdeführerin werden keine konkreten Beispiele dargelegt, die auf Verständigungsprobleme hin deuten würden.

Der Gutachter hielt denn auch ausdrücklich fest, dass die Deutschkenntnisse der Beschwerdeführerin für die Exploration ausreichend seien (Urk. 12/51 S. 18) . Zum selben Schluss gelangte bereits

Dr. Z.____

in ihrem Gutachten vom 20. April 2007 (vgl. vorne E. 3.1 und Urk. 12/18 S. 5). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass auch der behandelnde Psychiater Dr. A.____ offenbar nicht türkisch spricht – wie die Beschwerdeführerin selbst vorbringt (Urk. 1 S. 30). Dass Dr. A.____ in seinem Bericht vom 23. Februar 2018 in Bezug auf die Begutachtung auf ungenügende Sprachkenntnisse der Beschwerdeführerin hinweist (vgl. vorne E. 3.2.3) , obwohl er sie selbst auch auf Deutsch therapiert, ist widersprüchlich. Zudem wurde die Beschwerdeführerin in der Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2016 (Urk. 12/44) darauf hingewiesen, dass der Gutachter deutschsprachig sei, und aufgefordert, einen allfälligen Bedarf für einen Dolmetscher frühzeitig zu melden.

Vor diesem Hintergrund vermag dieser Einwand die Beweistauglichkeit des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. 4.1.4

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dass im vorliegenden Fall kein Anlass für eine Haaranalyse bestanden habe (Urk. 1 S. 22 ff.) , ist darauf hinzuweisen, dass es im fachärztlichen Ermessen der Gutachter liegt, welche Abklärungen als notwendig erachtet werden .

Der Gutachter hat sich vorliegend für den Nachweis der Malcompliance in Bezug auf Psychopharmaka denn auch nicht allein auf die Haaranalyse gestützt, sondern die Malcompliance ergab sich bereits aus der Blutanalyse und wurde durch die Haaranalyse lediglich erhärtet. Die Haaranalyse ermöglichte zudem die Analyse gewisser Wirkstoffe über einen längeren Zeitraum.

Die Beurteilung der Frage, ob Haaranalysen ein taugliches Mittel zur Klärung der Medikamentencompliance darstellen , obliegt den medizinischen Fachpersonen. Es ist nicht Aufgabe der Beschwerdeführerin oder ihrer Rechtsvertreterin , die Testergebnisse, welche anlässlich der Begutachtung gewonnen wurden, selbst zu interpretieren und damit die Erkenntnisse des Gutachters in Frage zu stellen. 4 .2

4.2.1

Der Gutachter kommt zum Schluss , dass die bei der Rentenzusprache vorgelegenen Diagnosen im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr als erfüllt erachtet werden können.

Er weist auf verschiedene lebensgeschichtlich belastende Ereignisse hin, welche mit dazu beigetragen hätten, dass bei der Beschwerdeführerin ein depressives Syndrom entstanden

sei. Es müsse davon ausgegangen werden, dass rezidi vierende depressive Phasen auch schweren Ausmasses (ICD-10: F33.31) mit parathymen psychotischen Symptomen vorgelegen hätten. Zum Zeitpunkt der Begutachtung könne sowohl die depressive Phase wie auch die früher diagnosti zierte

Agoraphobie mit Panikstörung

als remittiert angesehen werden. Die Beschwerdevalidierung sei stark auffällig gewesen und die Beschwerdeführerin

habe

bezüglich der Medikamenteneinnahme falsche Angaben gemacht .

Für eine Remission der Agoraphobie mit Panikstörung spreche auch , dass wieder Ausland aufenthalte in der Türkei (im Jahr 2015 u nd 2016)

möglich seien , auch wenn sie nicht alleine durchgeführt worden seien. Der

HAMD - Test , der eine ausgeprägte Depression gezeigt habe,

sei

aufgrund der sehr au ffälligen Beschwerdevalidierung und

der Nichteinnahme von psychopharmakologischen Medikamenten kaum aussagekräftig . D ie Beschwerdeführerin sei zwar

bei den erfolgten Therapien kooperativ gewesen , jedoch könne der Leidensdruck gemessen an den niederfre quenten Arztbesuchen nicht als sehr hoch eingeschätzt werden . Zudem sei in der aktuellen Be gutachtung im Rahmen der Laboranalyse nachgewiesen worden, dass die von der Beschwerdeführerin angegebenen Medikamente Trittico und Seroquel nicht im Blut/Plasma nachweisbar gewesen seien . Dies obwohl die Beschwerde führerin angegeben habe, diese Medikamente täglich über längere Zeiträume ein genommen zu haben. Insofern bestehe keine ausreichende oder angemessene Kooperation bezüglich der verordneten Medikamente (vgl. vorne E. 3.2) .

In Bezug auf die Beschwerdevalidierung führte der Gutachter aus , die Beschwer deführerin habe deutlich auffällige Testergebnisse erzielt, was dahingehend zu bewerten sei, dass die Beschwerdeführerin nur mit eingeschränkter Anstren gungsbereitschaft (Testmotivation) in diesem Verfahren mitgewirkt habe. Dies zeige sich daran, dass die geforderten unauffälligen Ergebnisbereiche im vorlie genden Fall gemessen an den Cut-Offs extrem weit in den falschen Antwortbe reich überschritten worden seien. Zudem lägen wichtige Testbereiche deutlich unter der Zufallswahrscheinlichkeit von 50 % richtiger Antworten für das Aus füllen eines solchen Tests. In anderen Worten sei das Ergebnis der Beschwerde führerin schlechter als beispielsweise im Vergleich zu einer stark dementen Per son, was aus testpsycholog i scher Sicht als Ergebnis als extrem auffällig gelte. Die im Raum stehenden psychischen Einschränkungen oder Diagnosen könnten ein solches Ergebnis in diesem Test nicht rechtfertigen oder sinnvoll erklären. Das Testergebnis zeige demnach einen manipulativen und interessegeleiteten Ant wortstil der Beschwerdeführerin (Urk. 12/51 S.

40).

Der Gutachter wies zudem darauf hin, dass die psychopharmakologische Therapie sich nicht in hohem Masse korrelierend an der Diagnosestellung der Behandler ausgerichtet habe (Urk. 12/51 S. 60 f.). 4.2.2

Der behandelnde Psychiater Dr. A. ___

vermag die Beurteilung des Gutachters

Dr. B. ___ nicht in Frage zu stellen. So bezeichnet er das Gutachten pauschal als einseitig und parteiisch zu Gunsten der Beschwerdeführerin (vgl. vorne E. 3.3.3), ohne jedoch näher auf die von Dr. B. ___ aufgezeigten Inkonsistenzen einzugehen und nachvollziehbare Gründe hierfür zu liefern. In Bezug auf die Ergebnisse der Blut- und Haartestung hält er lediglich fest, dass er hierfür keine Erklärung habe (vgl. vorne E. 3.2.3).

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Dr. A. ___ das Gutachten gemäss eigenen Angaben nicht vollständig vorlag (vgl. vorne E. 3.2.3) und seine Kritik auch vor diesem Hintergrund nicht stichhaltig ist. Auch seine Aussage, die wenig intensive Behandlungsfrequenz sei nicht Ausdruck eines fehlenden Krankheits- und Leidensdrucks, sondern sei Hinweis auf ein schweres, aber chronisches Leiden mit geringen Erfolgsaussichten durch psychiatrische Massnahmen (vgl. vorne E. 3.2.3), überzeugt nicht, zumal gemäss Dr. B. ___ fünf Behandlungstermine im Jahr aus psychiatrischer Sicht nicht ausreichen, um eine Agoraphobie mit Panikstörung und eine Depression nachhaltig zu verbessern. Dr. B. ___ erachtet zudem die psychopharmakologische Therapie gemessen an den gestellten Diagnosen als nicht mehr zielgerichtet (vgl. Urk. 12/51 S. 60 f.). Auch dazu äussert sich Dr. A. ___ nicht. Insgesamt entsteht vielmehr der Eindruck, dass Dr. A. ___ als behandelnder Spezialarzt aufgrund seiner auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zugunsten seiner Patientin aussagt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). 4.2.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Rahmen der Begutachtung Diskrepanzen zwischen Testergebnissen und objektiver Befunden bestanden, wofür sich keine psychiatrische Erklärung finden liess.

Darüber hinaus

stellte der Gutachter

fest, dass die Beschwerdeführerin die verordneten Medikamente entgegen ihren Angaben nicht einnahm und lediglich niederfrequente Therapien stattfand, was auf einen geringen Leidensdruck schliessen lässt. Der Gutachter wies schliesslich auf vorhandene invaliditätsfremde Faktoren (familiäre Belastungen wie der Tod von Angehörigen) hin.

Unter Berücksichtigung der

aufgezeigten Inkonsistenzen sowie unter Ausklammerung psychosozialer Belastungsfaktoren gelangte der Gutachter zum Ergebnis, dass im Zeitpunkt der Begutachtung ein erhebliches krankheitsmässiges Geschehen nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden konnte

und entsprechend keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit mehr bestand.

Unter diesen Umständen kann von einer Indikatorenprüfung abgesehen

werden, da im Rahmen der Begutachtung

eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wurde (vgl. vorne E. 1.2.3, BGE 143 V 409 E. 4.5.3; BGE 143 V 418 E. 7.1 , vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E. 8.3).

4.2.4

Aus dem Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 29. Juli 2018 zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten, zumal diesem Bericht wegen zu weniger Konsultationen keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen ist (Urk. 3/9). 4.2.5

Der von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 1. Oktober 2019 eingereichte Bericht vom 12. März 2019 (Urk. 15) betreffend die gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule datiert nach Erlass der angefochtenen Verfügung (20. Juni 2018) und lässt keine Rückschlüsse auf den somatischen Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt

des Verfügungserlasses zu. Er ist daher auch nicht geeignet, die Beurteilung in diesem Zeitpunkt zu beeinflussen . 4.3

Nach dem Gesagten geht aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. B.____ hervor, dass im Begutachtungszeitpunkt kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden mehr vorlag.

Somit ist von einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. Entsprechend ist eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Da ein Revisionsgrund vorliegt, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 4.4

Da mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist , dass die Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt der Begutachtung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin Sortierung zu 100 % arbeitsfähig ist, ist von einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad auszugehen .

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 21. August 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und das Verfahren zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 8a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und zur ergänzenden medizinischen Abklärung und allfälligem neuen Entscheid in der Rentenfrage an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin sei während des Verfahrens gemäss Art. 8a IVG zu verpflichten, der Beschwerdeführerin weiterhin die bisherige ganze Rente auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2018 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 11), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. Oktober 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 13). Mit Eingabe vom 1. Oktober 2019 reichte die Beschwerdeführerin den Befund der MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 12. März 2019 ein (Urk. 14 und Urk. 15), welcher der Beschwer

de gegnerin am 3. Oktober 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle, gemäss dem psychiatrischen Gutachten vom 28. November 2017 seien keine Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorhanden. Die Beschwerdeführerin sei spätestens ab Oktober 2016 für eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne Nacht- oder Schichtarbeit, ohne Kundenkontakt und nur mit Routinearbeiten zu 100 % arbeitsfähig. Auf das schlüssige und nachvollziehbare Gutachten könne abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie sich die Teilnahme an beruflichen Eingliederungsmassnahmen nicht vorstellen könne. Somit sei die Motivation für eine Teilnahme nicht vorhanden (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, bei der verfügten Rentenaufhebung sei sie über 60 Jahre alt gewesen und habe deshalb Anspruch auf berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen. Während der Dauer der Eingliederungsmassnahme sei die laufende Rente weiterhin auszurichten

(Urk. 1 S. 15 f.) .

Sie bestritt sodann die Beweistauglichkeit des Gutachtens und verlangte ergänzende medizinische

Abklärungen (Urk. 1 S. 22 ff.) .

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob eine revisionsrechtlich bedeutsame Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, welche eine Rentenaufhebung recht fertigt. Insbesondere ist zu prüfen, ob seit den Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 24. Juli 2007 bzw. 27. August 2007

(Urk. 12/26 und Urk. 12/29), mit welchen der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Oktober 2006 eine ganze Rente zugesprochen worden war, eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes und der sich daraus ergebenden Arbeitsfähigkeit stattgefunden hat. Weiter gehört bei der Rentenaufhebung auch die Frage der Zumutbarkeit der Selbsteingliederung zum Streitgegenstand (Urteile des Bundesgerichts

8C_84/2019 vom 29. August 2019 E. 2.2 und 8C_494/2018 vom 6. Juni 2019 E. 2.2).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 24. Juli

bzw. 27. August 2007

(Urk. 12/26 und Urk. 12/29) beruhte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. Z.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. April 2007. Dr. Z.____ führte darin aus, die 49-jährige, vorgealterte, sonst

äusserlich unauffällige Beschwerdeführerin sei pünktlich zur Untersuchung gekommen und sei kooperativ. Die Deutschkenntnis sei für die Exploration ausreichend. Im Gespräch sei die Beschwerdeführerin passiv, sie beantworte aber bereitwillig alle Fragen und sei freundlich. Affektiv wirke sie andauernd bedrückt bis verzweifelt, sie breche beim Sprechen über die Kinder in Tränen aus, sonst sei sie affektiv starr und kaum schwingungsfähig. Psychomotorisch sei die Versicherte blockiert und wirke verlangsamt. In der Untersuchungssituation seien keine Schmerzäusserungen zu beobachten. Die Schilderungen wirkten sachlich, es ergäben sich keine Anhaltspunkte für Aggravation oder Simulation. Die bereits mehrfach fachärztlich gestellten Diagnosen der Agoraphobie mit Panikstörung F40.01 und der rezidivierenden depressiven Störung F33 könnten bestätigt werden. Aktuell liege eine mittelgradige bis schwere depressive Episode vor. Das bis 2005 trotz vielen Belastungen und Stressoren knapp erhaltene psychische Gleichgewicht sei durch den Tod der Mutter nachhaltig erschüttert worden und seither komme die Beschwerdeführerin nicht mehr aus dem Teufelskreis von Angst und Depression heraus. Sie führe ein sozial isoliertes Leben, lasse keine sozialen Kontakte mehr zu und nehme an keinerlei gesellschaftlichem Leben mehr teil. So seien keine korrektiven oder aufhellenden Erlebnisse oder Erfahrungen mehr möglich. Die früheren, über Jahre protektiv wirksamen Ressourcen der Ablenkung und Bestätigung durch die Arbeit und die dadurch entstehenden sozialen Kontakte seien durch die Krankheitssymptomatik wirkungslos geworden. Die Komorbidität der Angst und Depression behinderten die Krankheitsbewältigung und Willensanstrengung stark. Angst und Depression verstärkten sich gegenseitig ungünstig; die Agoraphobie mit den sozial phobischen Zügen verhindere Berufsmöglichkeiten, Rehabilitationsmassnahmen und Integrationsbemühungen. Schuld- und Schamgefühle trieben die Beschwerdeführerin zusätzlich in die Isolation, sogar auch innerhalb der Familie. Als Ressource sei die seit Anfang gesuchte psychiatrische Hilfe zu sehen. Die Beschwerdeführerin habe eine adäquate Krankheitseinsicht und sei der Ansicht, dass ihre Problematik psychischer Natur sei. Trotz in idealer Weise eingeleiteter psychiatrischer Behandlung lege artis habe der Krankheitsverlauf bisher nicht beeinflusst werden können, was prognostisch als ungünstiger Faktor zu werten sei. Im Tagesablauf zeigten sich die starken Behinderungen und Einschränkungen, die invalidisierend wirkten. Die Beschwerdeführerin habe massive Schlafstörungen, durch die Angst komme sie kaum zur Ruhe und könne sich dem normalen Tagesgeschehen kaum mehr zuwenden, durch die Antriebslosigkeit und das ständige Grübeln könne sie kaum etwas machen oder sich konzentrieren und sinnvoll beschäftigen, wegen der Agoraphobie könne sie das Haus nicht alleine verlassen und wegen der angst- und depressionsbedingten Isolation führe sie ein zurückgezogenes Leben und nehme am sozialen Leben nicht mehr teil. Die Prognose sei mit grosser Wahrscheinlichkeit ungünstig, obwohl es sich erst um einen zweijährigen Krankheitsverlauf handle. Als Negativfaktoren bestünden die familiäre Belastung für Depressionen, die bereits seit Jahren bestehende, nie behandelte rezidivierende depressive Störung, die Komorbidität mit der Angsterkrankung und vor allem jetzt die eindruckliche Therapieresistenz trotz sofortiger adäquater und intensiver psychiatrischer Behandlung. Es sei nicht auszuschliessen, dass die Erkrankungen bereits chronifiziert seien. Auch wenn im besten Falle eine Remission eintreten würde, so sei mit einem langen Heilverlauf und wahrscheinlich mit der Persistenz einer Restsymptomatik und entsprechend erhöhter Vulnerabilität für weitere psychische Dekompensationen zu rechnen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit bezogen auf alle, auch behinderungsangepasste Tätigkeiten aufgrund der psychischen Komorbidität einer depressiven und einer massiven

Angsterkrankung – beides psychische Störungen mit Krankheitswert – seit Oktober 2005 zu 100 % eingeschränkt. Aufgrund der floriden, bisher therapieresistenten Symptomatik sei die Versicherte nicht eingliederungsfähig. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beruhe hauptsächlich auf psychischen Leiden von Krankheitswert, die durch psychosoziale Belastungen mitausgelöst und verstärkt werden könnten (Urk. 12/18 S).

E. 3.2

Im Rahmen des im November 2015 eingeleiteten Revisionsverfahrens holte die Beschwerdeführerin einen Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters Dr. A.____ ein (Urk. 12/ 41) und liess die Beschwerdeführerin in

bei Dr. med. B.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie , psychiatrisch begutachten (Urk. 12/51) .

E. 3.2.1

Der behandelnde Psychiater Dr. A.____

nannte in seinem Bericht vom 2. April 2016 zuhanden der IV-Stelle die folgenden Diagnosen : - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F 40.01) bestehend seit 2005 - rezidivierende depressive Störung, schwere Episode mit somatischem Syndrom bestehend seit 2005 - Verlust von mehreren nahen Angehörigen in der Kindheit (Z61.0) Tod eines Familienangehörigen (Z63.4) bestehend seit 1980

Er führte aus, an der grundsätzlichen Befundlage habe sich wenig geändert. Die aktuell 58-jährige, unverändert übergewichtige Beschwerdeführerin wirke im Gespräch niedergeschlagen und klagsam . Sie berichte von chronisch rezidivierendem Kranksein. Sie leide unter Atemproblemen bei Asthma, Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen, vereinzelt Schwindel und Fieber. Im Vordergrund der Beschwerden stünden aber die andauernde Müdigkeit bei massiven Schlafstörungen, Ängste vor sozialen Situationen und dem andauernden sich Sorgen machen um die Gesundheit der Verwandten. Die eigene Wohnung könne sie teilweise nur in Begleitung Dritter verlassen. In Bezug auf angepasste Tätigkeiten hielt er fest, vorstellbar seien leichte zeitlich eingeschränkte Hilfstätigkeiten oder Heimtätigkeiten. Haupthindernis für Arbeiten ausser Haus seien ihre starken sozialen Ängste. Sie sei zu 75 % arbeitsunfähig (Urk. 12/41).

E. 3.2.2

Im psychiatrischen Gutachten vom 28. November 2017 wurden

im Begutachtungszeitpunkt (21. September 2016) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 12/51 S. 57). Der Gutachter führte aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden lebensgeschichtlich verschiedene Belastungen, beispielsweise der Verlust des ersten Mannes durch einen Motorradunfall, deutliche Schwierigkeiten mit dem zweiten Mann, von dem sie getrennt lebe, da dieser Drogen gehandelt habe und Strafen habe verbüssen müssen. Zudem sei es zum Verlust der Mutter im Jahr 2005 gekommen und es bestehe kaum oder kein Kontakt mit der Tochter aus erster Ehe. Aus emotionaler Sicht seien diese lebensgeschichtlichen Ereignisse belastend und hätten mit dazu beigetragen, dass ein depressives Syndrom entstanden sei. Insofern müsse gutachterlich davon ausgegangen werden, dass rezidivierende depressive Phasen auch schweren Ausmasses (ICD-10: F33.31) mit parathymen psychotischen Symptomen vorgelegen hätten. Zum Zeitpunkt der

Begutachtung sei es überwiegend wahrscheinlich so, dass die depressive Phase als remittiert angesehen werden müsse. Auch die früher diagnostizierte Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01), mit Vermeidung von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, alleinigen Reisen sowie die Vermeidung des Reisens mit weiter Entfernung von zu Hause, habe sich im weiteren Verlauf verbessert und sei remittiert. Auch habe die in den Akten genannte generalisierte Angststörung nicht verifiziert werden können. Generalisierte Ängste seien von der Beschwerdeführerin nicht überzeugend dargestellt worden. Eine schizoaffective Störung mit depressiver Phase (ICD-10: F25.1) sei nach Aktenlage ehemals diagnostiziert worden. Sie sei auch als Differentialdiagnose einer Depression mit psychotischen Symptomen zu sehen. Es erscheine dennoch so, dass die jüngeren Arztberichte diese Diagnose nicht mehr aufnahmen und auch aus gutachterlicher Sicht erscheine diese Diagnose nicht zuzutreffen. Dies deshalb, weil psychotische Phänomene über die Dauer nicht im Vordergrund gestanden hätten, wenngleich sie auch begleitend zur Depression vorhanden gewesen seien. Für eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) fehlten traumatische Ereignisse im Sinne eines katastrophalen Ausmasses (wie Folter oder Kriegereignisse oder Vergewaltigungen). Zudem bestünden keine Flashbacks bezüglich solcher oder ähnlicher Situationen, wenngleich selbstverständlich belastende Ereignisse aus dem Leben der Beschwerdeführerin erinnert und betrauert würden. Einen Anhalt für eine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung habe gutachterlich bei der Beschwerdeführerin nicht verifiziert werden können und erscheine überwiegend unwahrscheinlich als Auslöser oder Verstärker für die stattgehabten Depressionen und die Angststörung. Auch sei eine Persönlichkeitsstörung von den Behandlern nicht klassifiziert worden (Urk. 12/51 S. 57 ff.).

Die Kooperation der Beschwerdeführerin bei den erfolgten Therapien mit der Arztangabe im 2016, dass sie fünf Mal pro Jahr zur Therapie gekommen sei, zeige auf, dass die Beschwerdeführerin einerseits kooperativ gewesen sei, jedoch der Leidensdruck gemessen an den niederfrequenten Arztbesuchen nicht als sehr hoch eingeschätzt werden könne. Zudem habe die im Rahmen der Begutachtung durchgeführte Labor- und Haaranalyse ergeben, dass die von der Beschwerdeführerin angegebenen Medikamente Trittico und Seroquel nicht im Blut/Plasma nachweisbar gewesen seien. Dies obwohl die Beschwerdeführerin angegeben habe, diese Medikamente täglich über längere Zeiträume eingenommen zu haben. In sofern bestehe keine ausreichende oder angemessene Kooperation bezüglich der verordneten Therapien. Aus gutachterlicher Sicht seien der Beschwerdeführerin versicherungsmedizinisch Eingliederungsmassnahmen zumutbar. Die angegebene Schwere der Symptomatik müsse aufgrund der sehr auffälligen Beschwerdevalidierung und Falschaussagen betreffend Medikamenteneinnahme deutlich infrage gestellt werden (Urk. 12/51 S. 61 ff.).

Im zeitlichen Verlauf seit 2007 bis zur aktuellen Begutachtung müsse von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes bezüglich der Angstsymptomatik, aber auch der depressiven Symptomatik ausgegangen werden. Die hier im HAMD Test festgestellte ausgeprägte Depression müsse aufgrund der sehr auffälligen Beschwerdevalidierung, der Nichteinnahme von psychopharmakologischen Medikamenten, obwohl verordnet, als deutlich abgemildert beziehungsweise remittiert eingeschätzt werden. Gleiches gelte für die angeführte schwere Angststörung im Sinne einer Agoraphobie mit Panikstörung, wogegen versicherungsmedizinisch die Auslandsaufenthalte (auch wenn sie in Begleitung des Vaters

durchgeführt worden seien) sprächen . Bereits im Arztbericht von Dr. A.____ vom Januar 2007 sei bezüglich der vorgenannten Diagnosen zu konstatieren, dass er familiäre Belastungen wie den Abort eines Kindes der Tochter, Krankenhausaufenthalte eines Sohnes und den Besuch der Rekrutenschule eines Sohnes als wesentlich e Ursache der Depression - und der Angststörung gesehen habe. Wenn man die auch damals schon geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien auf diese klinische Situation anwende, so müssten familiäre Aspekte oder auch Trauer versicherungsmedizinisch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert werden. Dennoch schein aufgrund der Gesamtsituation eine persistierende Agoraphobie mit Panik und auch depressiven Phasen, zumindest nach Beschreibung der Behandler, weiter vorgelegen zu haben. Wenn man diese medizinischen Beschreibungen im Sinne eines multifaktoriellen Geschehens zugrunde

lege und abwäge, könne eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zumindest bis zu Beginn des Jahres 2015 versicherungsmedizinisch angenommen werden. Ab Anfang des Jahres 2015 müsse aufgrund der Berichterstattung des Dr. A.____ vom 31. März 2016 mit der Dokumentation von weitmaschigen Behandlungsterminen (von fünf pro Jahr) und einer dort beschriebenen (ungenügenden) Motivation der Beschwerdeführerin angenommen werden, dass es zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen sei. Deshalb sei von Anfang des Jahres 2015 bis zum hierigen Begutachtungszeitpunkt versicherungsmedizinisch von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer 90%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Ab Begutachtungszeitpunkt müsse aufgrund der auffälligen Beschwerdevalidierung und der damit äusserst unsicheren Authentizität der Symptomangaben

und wegen der Nichteinnahme der verschriebenen Medikamente von einer weiteren Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Diese Verbesserung des Gesundheitszustandes wirke sich weiter positiv auf die Arbeitsfähigkeit aus, sodass diese ab dem Begutachtungszeitpunkt unter Zugrundelegung aller verwertbaren Informationen aus versicherungsmedizinischer Sicht gesamthaft auf 100 % anzusetzen sei

(Urk. 12/51 S. 72 f f .).

Bezüglich des funktionellen Leistungsvermögens bestünden unter Berücksichtigung der Eigenangaben der Beschwerdeführerin in der Befragung zunächst Defizite bezüglich der Orientierung, der Aufmerksamkeit und der Gedächtnisleistung, des formalen Denkens und der Wahrnehmung , inklusive akustischen und optischen Halluzinationen , auch bestünden Zwänge . Darüber hinaus sei nach Angaben der Beschwerdeführerin die Affektivität sowie der Antrieb gestört. Dementsprechend wäre, die Angaben der Beschwerdeführerin alleinig zugrunde gelegt, ein sehr stark beeinträchtigtes funktionelles Leistungsvermögen im Sinne eines stark negativen Leistungsbildes ableitbar. Unter Berücksichtigung der jeweils stark auffälligen Beschwerdevalidierung, der Unplausibilitäten bezüglich der Angaben der Beschwerdeführerin über die Medikamenteneinnahme sowie der Mobilität im Sinne von Auslandsaufenthalten im 2015 und 2016 müsse versicherungsmedizinisch das zuvor beschriebene negative Leistungsbild deutlich relativiert werden. Dementsprechend sei aus versicherungsmedizinischer Sicht bezüglich des positiven Leistungsbildes deutliches Potenzial vorhanden. Konkret bedeute dies, dass bei der Explorandin aus hiesiger gutachterlicher Sicht einfache Routinetätigkeiten mit handwerklicher Komponente 8.5 Stunden pro Werktag bei 100 % Leistung ab dem Begutachtungszeitpunkt medizinisch

theoretisch ausgeübt werden könnten, inklusive der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin
Sortierung (Urk. 12/51 S. 75) .

E. 3.2.3

Der behandelnde Psychiater

Dr. A. ____

nannte in seinem Bericht vom 23. Februar 2018 zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (Stellungnahme zum Gutachten, Urk. 12/70) weiterhin die Diagnosen einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD_10: F 401.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD- 10: F 33.1). Er führte aus, der Vater der Beschwerdeführerin sei am 25. Oktober 2017 verstorben. Er habe nach dem Tod der Mutter eine enorm wichtige Stütze für den psychischen Zustand der Beschwerdeführerin dargestellt. Der Tod des Vaters habe sie einerseits an den lebensbedrohlichen Verlust der Mutter erinnert und sie andererseits der Stütze einer verlässlichen Vertrauensperson beraubt. Beides habe ihre Ängste und ihr depressives Bild verstärkt. Die wenig intensive Behandlungsfrequenz sei nicht Ausdruck eines fehlenden Krankheits- und Leidensdrucks, sondern sei im Gegenteil Hinweis auf ein schweres, aber chronisches Leiden mit geringen Erfolgsaussichten durch psychiatrische Massnahmen. Für die Ergebnisse der Blut- und Haartestung habe er keine Erklärung . Das psychiatrische Fachgutachten von Dr. B.____ , das ihm allerdings nicht vollständig vorliege, erscheine ihm in der Beurteilung der erhobenen Befunde einseitig und parteiisch zu Ungunsten der Beschwerdeführerin. Die auffälligen psychopathologischen Befunde, der im Depressionstest (HAMD) erhobenen Summen-Score, der eine ausgeprägte Depression ausweise und die Testung mittels Panik- und Agoraphobieskala (PAS), welche eine schwere Angststörung nahelege, würden von Dr. B.____ allesamt als manipulativ und interessengeleitet abgetan und damit als Aggravation, Dissimulation und Simulation dargestellt. Dies erfolge, ohne dass der dazu verwendete Test namentlich genannt werde und ohne dass die damit erhobenen Befunde nachvollziehbar dargestellt würden. Damit allein werde aus einer kranken und leidenden Beschwerdeführerin eine gesunde Frau, die nur ihre Arbeitsfähigkeit verstecken wolle. Zudem fehle vom Gutachter jeglicher Hinweis auf die ungenügenden Kenntnisse der deutschen Sprache, was sicher auch während der Begutachtung zu Missverständnissen geführt habe (Urk. 12/70). 4.

4.1

4.1.1

Im angefochtenen Entscheid stützte sich die Beschwerdegegnerin in erster Linie auf das psychiatrische Gutachten vom 28. November 2017 , welches die recht sprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorne E.

E. 5

ff.).

E. 5.1

Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdeführerin aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters ihre Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung noch verwerten kann.

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin war bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung

60 Jahre alt . Damit hat sie die Schwelle des 55. Altersjahres klar überschritten und fällt grundsätzlich unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezückerkreis (vgl. vorne E. 1.3.3) . Anhaltspunkte dafür, dass sie sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren könnte und deshalb ausnahmsweise von der Zumutbarkeit einer Selbsteingliederung auszugehen ist , liegen nicht vor .

Aufgrund ihrer Aussage im Rahmen der Begutachtung, wonach sie glaube, nicht mehr arbeiten zu können (Urk. 12/51 S. 52) , kann die subjektive Eingliederungsfähigkeit nicht von vornherein verneint werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_797/2 018 vom 10. September 2019 E. 5.1; 9C_231/2015 vom 7 September 2015 E. 4.2 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin wird daher zunächst Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und durchzuführen haben, bevor sie über die revisionsweise Aufhebung der Rente entscheidet .

E. 5.3

Die angefochtene Verfügung ist somit aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese Eingliederungsmassnahmen durchführe, soweit deren Voraussetzungen erfüllt sind , und anschliessend

– wenn möglich nach Lage der Akten oder allenfalls nach weiteren Abklärungen - erneut über den Rentenanspruch verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen , womit die Beschwerdeführerin einstweilen weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat.

E. 6.1

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

E. 6.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung, die in Anwendung von Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) auf Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen ist.

E. 6.3

Damit erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen , dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 20. Juni 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie Eingliederungsmassnahmen durchführe und hernach

über den Rentenanspruch neu verfüge ,

und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin einstweilen weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Pia Dennler-Hager - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Leicht

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