

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00504 vom 1. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00504

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00504 du 1 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00504 del 1 aprile 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.

E. 1.2

Im Rahmen einer 2018 anhand genommenen Revision (Urk. 8/79) aktualisierte die IV-Stelle die Aktenlage

(Urk. 8/81-82, 8/84, 8/92) und veranlasste eine pol y disziplinäre medizinische Begutachtung durch die A.____ in B.____ . Nach Eingang des Gutachtens vom 1 0. Januar 2019 (Urk. 8/107) und Beantwortung von Rückfragen des RAD durch die Gutachter (Urk. 8/110) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 2 8. Februar 2019 mit, dass die Invalidenrente voraussichtlich auf Ende des folgenden Monats nach Zustellung der Verfügung aufgehoben werde (Urk. 8/112). Hieran hielt sie nach Eingang des Einwandes der Versicherten vom 1 0. Mai 2019 (Urk. 8/120) mit Verfügung vom 7. Juni 2019 fest (Urk.

E. 1.3

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkun gen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes

Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4). 1. 4

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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. 1.5

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 Zusprennung 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). 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). 1. 6

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). 2.

E. 2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei 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 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 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 7. Juni 2019 (Urk. 2), dass die psychiatrische und neuropsychologische Abklärung ergeben habe, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer gezielten Antwortmanipulation

ausgegangen werden könne. Eine gesundheitliche Beeinträchtigung sei deshalb nicht mehr nachvollziehbar und ausgewiesen. Aufgrund von körperlicher Beschwerden läge keine, beziehungsweise sei nie eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Die Beschwerdegegnerin führt weiter aus, ein weiterer Leistungsanspruch bestehe damit nicht mehr und die Rente werde eingestellt.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt dagegen im Wesentlichen vorbringen, dass

sowohl aus psychiatrischer wie auch aus somatischer Sicht kein Revisionsgrund vorliege (Urk. 1 S. 9). Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sei es

bei gleichzeitiger Nennung von hoch auffälligem widersprüchlichem Verhalten der Beschwerdeführerin die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen gestellt worden. So führe der Verdacht auf die nicht authentische Schilderung der Beschwerden gemäss Gutachten nicht dazu, dass der Beschwerdeführerin keine psychiatrischen Diagnosen zu stellen seien, sondern dazu, dass das Ausmass der funktionellen Einschränkung nur mittels stationärem Aufenthalt ermittelt werden könne (Urk. 1, S. 7). Weiter sei das orthopädische Gutachten mangelhaft, da ein aktueller Arztbericht der behandelnden Rheumatologin nicht eingeholt worden sei und allfällige Einschränkungen durch die Senk-/Spreizfüsse nicht im Gutachten behandelt worden seien (Urk. 1 S. 10).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die ab 1. Oktober 2009 zugesprochene und ausgerichtete ganze Invalidenrente zu Recht per Ende Juli 2019 aufgehoben hat. 3. 3.1

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist die Verfügung vom 4. März 2009, mit welcher der Beschwerdeführerin rückwirkend per 1. Oktober 2008 erstmals eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden war (Urk. 8/ 48). Die Mitteilungen vom 9. Juli 2010 (Urk. 8/57), vom 1. November 2013 (Urk. 8/64) und vom 16. Juli 2015 (Urk. 8/78), mit welchen der Rentenanspruch jeweils revisionsweise bestätigt wurde, basierten in medizinischer Hinsicht einzig auf Verlaufsberichten der behandelnden Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr.

D.____ und Dr. med. E.____,

sowie der Hausärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin. Diese Berichte taugen nicht als medizinische Vergleichsgrundlage für eine materielle Prüfung des Rentenanspruches im Rahmen des hier zu prüfenden Revisionsverfahrens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 7.1.2). 3.2

Der Verfügung vom 4. März 2009 lag es in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen ein neurologisches Gutachten von Prof. Dr. med. G.____ vom 13. Mai 2008 (Urk. 8/39) sowie die Verlaufsberichte zur Behandlung der Beschwerdeführerin in der H.____ der I.____ vom 3. Juni bis zum 19. Juli 2008 (Urk. 8/41 /7 ff.) und der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med.

D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Oktober 2008 (Urk. 8/41) zugrunde. 3.2.1

Im neurologischen Gutachten vom 13. Mai 2008 diagnostizierte Dr. G.____ eine Zwangserkrankung sowie ein depressives Syndrom (Urk. 8/39/9) und attestierte aufgrund der psychiatrischen Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit vom 100 % . Dr. G.____ empfahl eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik wodurch ein Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit in circa drei Monaten möglich wäre . Anhaltspunkte für eine behindernde Läsion im zentralen oder peripheren Nervensystem der Wirbelsäule, der Gelenke oder des Weichteilgewebes fand Dr. G.____ nicht (Urk. 8/39/9 f.). 3.2.2

Im Bericht der I.____

vom 21. Juli 2008 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 8/41/7) : - Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 :

F42.1) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig . mittelgradige Episode (ICD-10 :

F33.1) - Anamnestisch bekannte postnatale Depression mit psychotischen Symptomen nach Tod der Zwillinge kurz nach der Geburt vor zwölf Jahren - Fibromyalgie

Es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführerin die Teilnahme am Programm der H.____ zunehmend schwerer gefallen sei . So sei es für die Beschwerdeführerin ein innerer Kampf gewesen, Schmerzen und Übelkeit hätten zugenommen. Die Beschwerdeführerin sei sodann nicht zum Austrittgespräch erschienen . Auch die Verhaltenstherapie habe aufgrund des Widerstands der Beschwerdeführerin nicht weitergeführt werden können (Urk. 8/41/10) . 3.2. 3

Im Verlaufsbericht vom 18. Oktober 2008 hielt

Dr. D.____

fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach der Behandlung in der Tagesklinik verschlechtert habe. So habe nach den Aussagen der Beschwerdeführerin der Aufenthalt in der Tagesklinik ihre Symptomatik, besonders was die Kontaminationen angeht und damit verbundenen Zwangshandlungen angeht , deutlich verstärkt. Die Beschwerdeführerin wasche sich mindestens 50 – 60 Mal täglich die Hände. Diese seien daher spröde und rissig und würden durch die Hausärztin mit Spezialsalbe behandelt. Wegen der Fibromyalgie, die seit Jahren bestehe, sei die Beschwerdeführerin ausserdem knapp fähig, die Arbeiten im Haushalt selbst zu erledigen. Dr. D.____ attestierte weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 3. Oktober 2007 (Urk. 8/41/3 ff.). 3.2.4

Der RAD-Arzt, Dr. med. J.____ , Praktischer Arzt FMH, schloss in seiner Stellungnahme vom 10. November 2018 auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2007 aufgrund der erheblichen psychischen Defizite (Urk. 8/42/5). 3.3

3.3 . 1

Im Rahmen des im April 2018 anhand genommenen Revisionsverfahrens

wurden Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte eingeholt, in welchen eine fortdauernde mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 8/84/2, 8/92/2). 3.3.2

Anlässlich der Begutachtung in der A.____ wurde die Beschwerdeführerin im November und Dezember 2018 rheumatologisch , psychiatrisch, neuropsychologisch und allgemein medizinisch begutachtet. Die intradisziplinäre Gesamtbeurteilung führte zu folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/107/8) : - Depression (ICD-10:

F33) - Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10: F42.1)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt: - Chronifiziertes, diffuses, generalisiertes Schmerzsyndrom ohne fassbares adäquates patho-anatomisches Korrelat (ICD-10: R52.9) - Senk-/Spreizfüsse beidseits (ICD-10: M21.4) - Diskrete Wirbelsäulenfehlstatik (akzentuierte Lendenlordose, diskrete Skoliose) (ICD-10: M40.47, ICD-10: M41.20) - Inkompletter Bogenschluss SWK1 (ICD-10: Q76.0) - Status nach Nikotinkonsum - Status nach unklarem operativem Eingriff Oberschenkel beidseits (Schönheits-Operation?) - Anamnestisch Status nach Varizenstripping beidseits

Im rheumatologischen Fachgutachten von Dr. med. K.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, hielt dieser fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht ein chronifiziertes, diffuses, generalisiertes Schmerzsyndrom ohne fassbares adäquates pathoanatomisches Korrelat präsentieren. Die objektivierbaren pathologischen rheumatologischen Befunde würden nicht mit dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerdeausmass und den bei der körperlichen Untersuchung geäusserten diffusen Druckdolenzen korrespondieren. Die leichte Wirbelsäulenfehlstatik, die Fussfehlstatik sowie der radiologische Befund eines inkompletten Bogenschlusses von SWK 1 würden das generalisierte Schmerzsyndrom nicht erklären. Auch die tiefe Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei anhand der objektivierbaren pathologischen rheumatologischen Befunde nicht nachvollziehbar (Urk. 8/107/22). Betreffend die Arbeitsfähigkeit führte Dr. K.____ aus, dass aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit in den von der Beschwerdeführerin früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten als Gastronomie-Hilfsarbeiterin oder Verkäuferin bestehen würde (Urk. 8/107/23).

Im neuropsychologischen Fachgutachten vom 28. November 2018 von Dipl.-Psych. L.____, Fachpsychologin Neuropsychologie, hielt diese fest, dass die Beschwerdeführerin mit öffentlichen Verkehrsmitteln und ohne Begleitung zum Untersuchungstermin angereist sei (Urk. 8/108/3), obschon in den Akten festgehalten sei, dass sie aufgrund der Zwangsstörungen die öffentlichen Verkehrsmittel so wenig wie möglich benutze (Urk. 8/108/2). Nach Durchführung des Testverfahrens hielt die Gutachterin fest, dass die Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit der Beschwerdeführerin deutlich vermindert gewesen seien. Aus neuropsychologischer Sicht seien in der Zusammenschau der Verhaltensbeobachtungen, der Testleistungen und der Ergebnisse der Validierungsverfahren im Vordergrund nicht-authentische neuropsychologische Störungen zu diagnostizieren. Die Validierungsverfahren mit Ergebnissen unter dem Zufallsniveau würden demnach eine gezielte Antwortmanipulation bei zweifelsfrei angestrebtem Krankheitsgewinn beweisen. Die Gutachterin hielt weiter fest, dass die Beschwerdeführerin mit einer Wahrscheinlichkeit von über 99% gezielt die falschen Antworten gegeben habe, obschon sie die richtigen gekannt habe. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zum Funktionsniveau im Alltag, da eine eigenständige Lebensführung der Beschwerdeführerin nicht möglich wäre, wenn das in der Testung gezeigte Leistungsvermögen dem tatsächlichen Leistungsvermögen entsprechen würde. Die im Gutachten beschriebenen Ergebnisse der Beschwerdvalidierung mit unter dem Zufallsniveau liegenden Resultaten und extrem niedrigen weiteren Testwerten liessen bei zweifelsfrei angestrebtem Krankheitsgewinn auf eine bewusste Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen schliessen. Ob dennoch authentische kognitive Störungen vorhanden seien, entziehe sich aufgrund der verminderten Mitwirkung der Beschwerdeführerin den Erkenntnismöglichkeiten der

Gutachterin (Urk. 8/108/6).

Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. univ.

C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest, dass sich anlässlich der Untersuchung leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie leichte Störungen der Gedächtnisleistung der Beschwerdeführerin gezeigt hätten. Die Beschwerdeführerin habe sich bei leicht gedrückter Stimmungslage affektiv schwingungsfähig gezeigt (Urk. 8/107/31). Sie habe im Gespräch keinen Leidensdruck im Hinblick auf die Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel geäußert. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie Zwangsgedanken habe, wonach jeder der Drogen nehme schmutzig sei und sie in Folge beschmutzen könne. Der quälende Inhalt einer bildlichen Vorstellung eines Drogenabhängigen sei jedoch wenig spürbar gewesen und auch nicht spontan geäußert worden. Die Beschwerdeführerin habe aber glaubhaft Zwangshandlungen in Bezug auf ihre Reinlichkeit, insbesondere das Händewaschen, geschildert (Urk. 8/107/34). Depressive Symptome habe der Gutachter in Gespräch explorieren können. So habe die Beschwerdeführerin, neben der sich anbietenden

leicht gedrückten Stimmungslage geäußert, dass die meisten depressiven Symptome immer im Zusammenhang mit der Schmerzsymptomatik stünden. Sie habe weiter über Energielosigkeit, Antriebslosigkeit und leichte Freudlosigkeit geklagt. Damit erachtete Dr. C.____ die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung als erfüllt (Urk. 8/107/35).

Dr. C.____

führte im Rahmen der Inkonsistenzenprüfung aus, dass die erste Erwähnung eines Waschzwanges in einem Arztbericht vom 28. Januar 2008 vorzufinden sei. Im April 2008 habe der damals behandelnde Psychiater, Dr. D.____, die Hände der Beschwerdeführerin als fast derbe, raue «Waschfrauenhände» beschrieben. Im Mai 2008 habe der Neurologe Prof. Dr. med. M.____ die Hände als trocken und stark aufgeraut als Zeichen der häufigen Exposition mit Wasser (und Seife) beschrieben. In der aktuellen Untersuchung hätten sich die Hände der Beschwerdeführerin leicht gerötet und nicht depigmentiert gezeigt. Das Ausmass des Händewaschens sei in der psychiatrischen Begutachtung mit 20 –

30 Mal pro Tag angegeben, in der internistischen Begutachtung jedoch mit 30 – 40 Mal täglich (Urk. 8/107/29). Die Beschwerdeführerin habe weiter geschildert, dass sie aufgrund ihrer zwanghaften Handlungen beim Aushändigen von Geld an der Kasse tunlichst vermeide, mit der Hand des Kassensachbearbeiters in Kontakt zu kommen. Beim Austausch des Blisters ihrer Medikamente zur Verdeutlichung des Eingenommenen, habe die Beschwerdeführerin jedoch keinen Leidensdruck oder Vermeidungsverhalten gezeigt,

mit der Hand beziehungsweise dem Berührten des Gutachters in Kontakt zu kommen (Urk. 8/107/30). Weiter führte Dr. C.____ aus, dass der erste Untersuchungstermin vom 19. November 2018 nicht durchgeführt werden könne, da er die Beschwerdeführerin zunächst schlafend und kaum weckbar im Warteraum angetroffen, sie

daraufhin schlaftrunken und blockiert gewirkt habe. Die Beschwerdeführerin sei zunächst nicht mit einer zweiten Begutachtung einverstanden gewesen, da sie auf eine Begleitperson angewiesen sei. Am zweiten Gutachtenstermin vom 6. Dezember 2018 sei das Zustandsbild der Beschwerdeführerin jedoch um 180° anders gewesen. So habe sie auch an diesem Termin wie bei der neuropsychologischen Begutachtung vom 29. November 2018 keine Probleme gezeigt, die öffentlichen Verkehrsmittel eigenständig zu

benutzen (Urk. 8/107/30). Weiter komme es trotz beschriebener Flugangst regelmässig zum Besuch der Mutter der Beschwerdeführerin in der Türkei (Urk. 8/107/37). Die Beschwerdeführerin habe geschildert, dass die Symptomatik in ihrer Gesamtheit auf Grund der körperlichen Erschöpfung zurückgegangen seien. Dies sei jedoch ein sehr untypischer Verlauf einer Zwangserkrankung (Urk. 8/107/37). Aufgrund der gemachten Feststellungen, den Beobachtungen, der nicht abschliessend schlüssigen Aktenlage und dem Unvermögen während der psychiatrischen Exploration die Depression konklusiv einzuschätzen, da ein hoher Verdacht auf eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung bestehe, könne er keine abschliessende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vornehmen. Dr. C.____ führte weiter aus, dass dennoch gewichtet werden müsse, dass in den vorangehenden zehn Jahren unterschiedliche Psychiater sowie Allgemeinärzte zu der Erkenntnis gekommen seien, dass Diagnosen (Depression und Zwangssymptomatik) bestehen würden, welche eine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet hätten. Aktenanamnestisch sei daher vom Vorhandensein einer Zwangsstörung sowie einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen (Urk. 8/107/37). Um eine realistische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit tätigen zu können, empfahl Dr. C.____ einen stationären Aufenthalt, welcher den Spielraum für Aggravation einschränke (Urk. 8/107/38).

Im allgemein medizinischen Teilgutachten schloss

Dr. med. N.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,

auf keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/107/45).

Betreffend die interdisziplinäre Gesamtbewertung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurde im Gutachten festgehalten, dass eine schlüssige Beurteilung in der von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit nicht möglich sei. So bestehe zwar aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit, doch müssten die aufgrund der Aktenlage diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Es werde daher ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Institution empfohlen, um eine realistische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu tätigen (Urk. 8/107/9). 3.3.3

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin, aufgrund welcher Einschränkungen die Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen beziehungsweise die rezidivierende depressive Störung als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei, führte Dr. K.____ und

Dr. C.____

am 30. Januar 2019 (Urk. 8/110) aus, dass die Aktenlage aus verschiedenen Mündern auf das Vorhandensein einer Zwangsstörung hinweise. Aufgrund aller Inkonsistenzen erfolge in Rahmen des Gutachtens eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50%. Es bestehe ein immenser Krankheitsgewinn, wonach die Beschwerdeführerin selbst berichtet habe, dass sie sich keine andere Zukunft wünsche und ihr Leben in gleichen Bahnen weiterdrehen solle. Dr. C.____ hielt weiter fest, dass eine Veränderung der aktuellen Lebenssituation der Beschwerdeführerin zu einer akuten Eskalation sämtlicher Symptomatik führen würde, da sie gezwungen wäre Symptome zu produzieren, um ihre Krankheit zu beweisen. Aus diesem Grunde werde für die exakte Exploration der Einschränkungen beziehungsweise Nichteinschränkungen ein stationärer Aufenthalt empfohlen, in welchem die Beschwerdeführerin einerseits bezüglich der Einschränkungen beobachtet und andererseits

an ein verändertes Leben herangeführt werden könne (Urk. 8/110/2). 4.

4.1

Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der verschiedenen gutachterlichen Untersuchungen an, unter Schmerzen zu leiden, die sie in ihrer Bewegung einschränkten. So sei teilweise ihr ganzer Körper blockiert und sie sei gezwungen morgens ins Bett zurückzukehren oder gar den ganzen Tag im Bett zu bleiben (Urk. 8/107/13). Bei der 75-minütigen rheumatologischen Anamneseerhebung zeigte die Beschwerdeführerin jedoch kein Schmerz- oder Schonverhalten. Erst nach der Anamneseerhebung habe sie sich unter Stöhnlauten erhoben, um danach aber ein flüssiges Gangbild zu zeigen (Urk. 8/107/18).

Auch während der psychiatrischen Explorationen und der neuropsychologischen Untersuchung zeigten sich gravierende Inkonsistenzen. Insbesondere das Testverhalten während der neuropsychologischen Untersuchung deutete gemäss Gutachterin mit einer Wahrscheinlichkeit von 99 % darauf hin, dass die Beschwerdeführerin gezielt falsche Antworten gegeben habe. Das Ergebnis sei nur erklärbar mit einer bewussten Antwortmanipulation und damit einer bewussten Aggravation oder Simulation ihrer kognitiven Beeinträchtigungen (Urk. 8/107/32). Betreffend die Zwangsstörung zeigten sich ebenfalls deutliche Widersprüche. So habe sich der Waschzwang aufgrund der Müdigkeit der Beschwerdeführerin vermindert, was ein untypisches Verhalten gleichkame. Auch ihre Angaben betreffend die täglichen Handwaschgänge variierten zwischen 20 – 30 und 30 – 40 Mal täglich beträchtlich (Urk. 8/107/29) und die in der Vergangenheit noch als «Waschfrau enhände» bezeichneten Hände der Beschwerdeführerin fanden im Gutachten keine besondere Nennung mehr respektive wurden lediglich noch als leicht gerötet beschrieben (Urk. 8/107/29). Des Weiteren zeigte die Beschwerdeführerin bei der Übergabe eines Medikamentenblisters keinerlei Vermeidungsverhalten, obschon sie behauptete, tunlichst den Kontakt mit den Händen der Verkäuferinnen bei der Übergabe von Geld zu vermeiden. Auch das aufgrund der Zwänge begründete Unvermögen der Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel konnte die Beschwerdeführerin bei der Anreise zu der zweiten psychiatrischen und der neuropsychologischen Untersuchung plötzlich abwerfen und ohne Begleitperson die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen. Die von der Beschwerdeführerin behauptete Flugangst steht ebenfalls im Widerspruch zu ihren regelmässigen Besuchen ihrer Mutter in der Türkei, für welche sie jeweils mit dem Flugzeug reisen muss (Urk. 8/107/30).

Mit Blick auf die im neuropsychologischen Gutachten festgestellte bewusste Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen und die den übrigen Fachgutachten der A.____ zu entnehmenden Widersprüche ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer revisionsrechtlich relevanten Tatsachenänderung im Sinne eines früher nicht gezeigten aggravatorischen Verhaltens auszugehen, das bloss verdeutlichendes Verhalten (vgl. E. 1.4) zweifellos überschreitet. Somit ist ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu bejahen und folglich der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

vom 6. März 2019, E. 6.1) .

Es bleibt damit zu prüfen, ob neben der dargelegten Aggravation eine verselbstständigte ,
rentenrelevante Gesundheits schädigung weiterhin ausgewiesen ist. 4.2.2

Im angefochtenen Entscheid stützte sich die Beschwerdegegnerin in erster Linie auf das
polydisziplinäre Gutachten vom 10. Januar 2019 , welches die rechtsprechungsgemäss
erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen erfüllt (E.
1.3). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter und wurde in
Kenntnis der relevanten Vorakten erstellt. Auch wurden die von der Beschwerdeführerin
geklagten Beschwerden berücksichtigt und die Gutachter

setzen sich genügend und nachvollziehbar mit diesen auseinander.

Aus somatischer Sicht konnte im Gutachten keine Diagnose mit Einfluss auf die
Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Im rheumatologischen Teilgutachten wurde begründet und
nachvollziehbar dargelegt, dass die geschilderten Beschwerden nicht mit dem
objektivierbaren pathologischen rheumatologischen Befund korrelieren und dass auch die
tiefe Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit nicht nachvollziehbar ist (
Urk. 8/107/22) . Entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10) wurde
auch die Diagnose der Senk-/Spreizfüsse gestellt und entsprechend gewürdigt (Urk.
8/107/20, 8/107/22) , jedoch konnte nachvollziehbar kein Einfluss dieser Fehlstellung auf
die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin festgestellt werden. Auch die Nichteinholung
eines aktuellen Berichts der behandelnden Ärztin, Dr. med.

O.____ , Fachärztin FMH für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vermag die
Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des rheumatologischen Gutachtens nicht in Frage zu
stellen, da anlässlich des Gutachtens eine vollständige nicht ergänzungsbedürftige
Untersuchung stattfand. So unterlässt es auch die Beschwerdeführerin vorzubringen,
inwiefern ein Bericht von Dr. O.____ zu einem anderen Ergebnis führen würde, beziehungs
weise einen solchen Bericht selber dem Gericht vorzulegen.

Somit liegt aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der
Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit vor. 4.2.3

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde trotz der deutlichen Aggravation durch die
Beschwerdeführerin die Diagnosen einer Zwangsstörung sowie einer Depression mit
Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Was die Herleitung der Diagnose der
Zwangsstörung anbelangt, schilderte die Beschwerdeführerin gemäss Ausführungen von
Dr. C.____ zwar glaubhaft Zwangshandlungen in Bezug auf das Händewaschen (Urk.
8/107/45). Angesichts der Vielzahl von Widersprüchen zwischen den subjektiven
Beschwerdeschilderungen und dem Verhalten der Beschwerdeführerin vor und während
der Exploration (Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel ohne Begleitung, Flüge in die
Türkei, fehlendes Vermeidungsverhalten gegenüber Berührungen des Gutachters,
Schilderung eines atypischen Rückgangs der Symptome aufgrund von Erschöpfung, vgl.
Urk. 8/107/37) erkannte Dr. C.____ letztlich aber nahezu ausschliesslich aufgrund der
medizinischen Vorakten und nicht gestützt auf seine Untersuchungsergebnisse auf das
Vorliegen einer Zwangsstörung (Urk. 8/107/34 und 8/107/37). Damit konnte er das
Vorliegen eines aktuellen, verselbständigten, mit hin von der Aggravation abgrenzbaren
Gesundheitsschadens in Form einer Zwangsstörung nicht bestätigen.

Dr. C.____ diagnostizierte weiter eine rezidivierende depressive Störung. Abgesehen von einer beobachteten leicht gedrückten Stimmungslage basiert jedoch auch diese Diagnose mehrheitlich auf der Aktenlage sowie auf den

subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung (Urk. 8/110/2) . Als relevante Befunde nannte der Gutachter einzig Ermüdbarkeit, Konzentrations- sowie Aufmerksamkeitsstörungen . Diese Befunde wurden jedoch anhand von einfachen Tests (Monate rückwärts aufzählen, Subtraktion 100-7, sich an zwei von drei Wörtern erinnern) festgestellt . Angesichts des deutlich unauthentischen

Antwortverhaltens der Beschwerdeführerin anlässlich der neuro psychologischen Begutachtung sind auch die Ergebnisse dieser Tests und damit die daraus resultierenden Befunde stark in Frage zu stellen und als letztlich nicht von einer Aggravation abgrenzbar zu beurteilen . So zeigte sich der psychiatrische Gutachter denn auch nicht in der Lage, die Schwere der depressiven Störung zu werten (Urk. 8/110/2) . Ein verselbstständigter Gesundheitsschaden aufgrund einer depressiven Störung ist somit ebenfalls nicht hinreichend ausgewiesen.

Zudem weist die geringe Behandlungsintensität und der fehlende Wunsch nach Veränderung der Situation (Urk. 8/110/2) nicht auf einen erheblichen Leidensdruck der Beschwerdeführerin aufgrund der Depression oder der Zwangsstörung hin . 4.2.4

Damit ist weder aus

somatischer noch aus psychischer Sicht ein verselbstständigter Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erstellt .

Von einer erneuten Begutachtung (im Rahmen eines stationären Aufenthalts) ist aufgrund der stark aggraviorischen Tendenzen der Beschwerdeführerin, die sie sich selber zuschreiben hat, in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen (BGE 124 V 90 E. 4b) .

Zwar ist nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen, dass in einem stationären Aufenthalt die Aggravation unter Umständen besser abgrenzbar wäre , doch ist in Anbetracht des grossen sekundären Krankheitsgewinnes der Beschwerdeführerin die Einschätzung von Dr. K.____ und Dr. C.____ zu teilen, wonach sie sich in diesem Rahmen überwiegend wahrscheinlich gezwungen sähe , Symptome zu produzieren, um ihre Krankheit zu beweisen (Urk. 8/107/2). Damit ist davon auszugehen, dass aufgrund der Aggravation durch die Beschwerdeführerin auch in einem stationären Rahmen nicht auf einen von der Aggravation abgrenzbaren Gesundheitsschaden geschlossen werden könnte. 4. 3

Spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung ist somit kein anspruch relevanter Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen und es ist von ergänzenden Abklärungen abzusehen. Die Aufhebung der Invalidenrente per 1. Juli 2019 ist gerechtfertigt und die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist damit abzuweisen. 5. 5 .1

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 5 .2

Der vorliegende Prozess kann nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Des Weiteren ist die Beschwerdeführerin bedürftig (Urk. 4, 5 /1 und 12). Antragsgemäss (Urk.

1, S. 2) ist ihr daher die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5 .3

Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 Satz 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, des Gesetzes über das Sozialversicherungs gericht [GSVGer]). Das Gericht beschliesst:

In Gutheissung des Gesuch es vom 5. Juli 2019 wird der Beschwerdeführer in die unentgeltliche

Prozessführung bewilligt, und erkennt: 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 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelPerandres

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