

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00729 vom 8. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00729

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00729 du 8 juin 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00729 del 8 giugno 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 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).

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.

E. 1.2

Nach Eingang eines am 21. Februar 2014 ausgefüllten Revisionsfragebogens (Urk. 7/59) holte die IV-Stelle unter anderem bei der Y.____

ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 1. Dezember 2018 erstattet wurde (Urk. 7/91). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

(Urk. 7/98; Urk. 7/99; Urk. 7/102) hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 16. September 2019 die Verfügung vom 26. Januar 2009 wiedererwägungsweise auf und stellte die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente ein (Urk. 7/105 = Urk. 2).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. In diesem Sinne qualifiziert

unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2017 vom 2.

August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_766/2016 vom 3. April 2017 E. 1.1.2 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung kann das Gericht eine zunächst auf Art. 17 ATSG gestützte Rentenaufhebung oder -herabsetzung gegebenenfalls mit der (substantiierten) Begründung schützen, dass die ursprüngliche (bzw. die letzte auf einer umfassenden materiellen Prüfung beruhende, vgl. BGE 140 V 514, 133 V 108) Rentenverfügung oder Mitteilung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei (BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 77 zu Art. 30–31).

E. 2.1

; vgl. auch vorstehend E. 1.2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), sie habe bereits vor dem Übergriff des Arbeitskollegen psychische Probleme gehabt, welche durch den Übergriff wieder verstärkt aufgekommen seien (S. 4). Das eingeholte Gutachten gehe fälschlicherweise davon aus, dass am 15. September 2006 nichts Relevantes passiert sei, weshalb sich auch keine gesundheitlich nachteiligen Folgen hätten einstellen können (S. 6). Des Weiteren sei auf die Beurteilung des Psychoanalytikers Z.____ abzustellen, welcher sehr wohl immer die Diagnose einer PTBS gestellt habe (S. 6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die ursprüngliche Rentenzusprache zweifellos unrichtig war und die wiedererwägungsweise Aufhebung der Rente rechtens ist.

E. 3.1

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. Januar 2009 (Urk. 7/45) lagen im Wesentlichen die folgenden Arztberichte zugrunde:

E. 3.2

Mit Austrittsbericht vom 16. September 2006 (Urk. 7/4/10-11) berichteten die Ärzte des Spitals A.____ über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 15. bis 17. September 2006. Sie nannten als Diagnose eine Commotio cerebri und führten aus, die Beschwerdeführerin habe geschildert, dass sie am 15. September 2006 bei der Arbeit von einem Arbeitskollegen (mit der rechten Hand) am Hals gepackt und rückwärts gegen die Wand gedrückt worden sei. Für einige Sekunden habe eine fragliche Bewusstlosigkeit

bestanden. In der Folge habe die Beschwerdeführerin Schmerzen am Hinterkopf und am Nacken sowie Schwindel und Übelkeit verspürt, weshalb sie sich zur Abklärung und Ausschluss einer Fraktur in Spitalpflege begeben habe (S. 1). Die Kurzhospitalisation zur Commotio-Überwachung mit einem Glasgow Coma

Scale (GCS) von stets 15 sei problemlos verlaufen. Lediglich beim schnellen Aufstehen aus dem Liegen habe die Beschwerdeführerin über leichten Schwindel geklagt. Bezüglich der fraglichen Strangulation zeigten sich während des Aufenthaltes keine akuten pulmonalen Probleme . Gegen 18. 00 Uhr habe die Beschwerdeführerin am 16. September 2006 das Krankenhaus , ohne auf den Austrittsbericht und den Arzt zu warten , verlassen, sei indes gegen 21. 00 Uhr nach Auftreten von Nausea, Würgereiz, Schwindel und frontalen sowie temporalen Kopfschmerzen

wieder eingetreten . Die neurologische Überwachung sei negativ ausgefallen. Am 17. September 2006 sei zum Ausschluss einer intrazerebralen Pathologie eine Computertomographie (CT) des Schädels durchgeführt worden , dies ohne pathologischen Befunde. Gleichentags sei die Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand entlassen worden (S. 2).

E. 3.3

Die Ärzte der Neurologischen Klinik am Universitätsspital B.____ berichteten am 11. April 2007 (Urk.

7/13/10-12). Als Diagnose nannten sie einen Verdacht auf eine PTBS nach Status nach tätlichem Übergriff am Arbeitsplatz am 15. September 2006, aktuell im Vordergrund stehende funktionelle Beschwerden mit chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp, wechselnde, belastungsabhängige Rücken- und Extremitätenschmerzen , chronische Müdigkeit sowie anamnestisch eine hypochrom mikrozytäre Anämie (S. 1). Bei der Beschwerdeführerin sei es nach einem tätlichen Übergriff bei der Arbeit zu multiplen neurologischen Symptomen gekommen, zusätzlich zu psychischen Symptomen mit wiederkehrenden Angstgefühlen, Schlaf- und Durchschlafstörungen sowie einer depressiven Stimmungslage. Klinisch hätten keine objektivierbaren Ausfälle gefunden werden können. Neurologisch stehe für diese multiplen, wechselhaften Beschwerden, welche auch während der Untersuchung wiederholt und deutlich zum Vorschein gekommen seien , eine funktionelle Ursache im Vordergrund. Bei der kürzlich gestellten Diagnose einer Anämie durch den Hausarzt sei eine gewisse somatische Komponente der Kopfschmerzen wohl möglich, jedoch aufgrund des Gesamtkontextes eher wenig wahrscheinlich. Aufgrund der seit nun über 7 Monaten bestehenden Arbeitsunfähigkeit sei die Beschwerdeführerin zum Ausschluss einer somatischen Ursache, insbesondere zur Frage nach Demyelinisationen /posttraumatischen Veränderungen , für eine Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels angemeldet (S. 3).

E. 3.4

). Indem das Psychiatricentrum D.____ die diagnostizierte PTBS ursächlich auf den Übergriff vom 15. September 2006 zurückführte (vgl. vorstehend E. 3.5) , sind nach dem Gesagten die Zweifel derart offenkundig, dass sie schon damals zu eingehenden Untersuchungen hätten Anlass geben sollen.

E. 3.5

Die Beschwerdeführerin liess sich vom 28. August 2006 bis 10. August 2007 ambulant psychiatrisch im Psychiatriezentrum D. ___ behandeln. Die Ärzte nannten in ihrem Abschlussbericht vom 15. August 2007 (Urk. 7/8/2-8) die folgenden Diagnosen (S. 6 f.): - PTBS (ICD-10 F43.1) - psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren (Entwurzelung, Analphabetismus, geringe Deutschkenntnisse, tiefes Bildungsniveau) - beginnende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - leichtgradige Intelligenzminderung (ICD-10 F70)

Die Kontaktaufnahme sei zunächst zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und der intellektuellen Ressourcen im Zusammenhang mit einem abgelehnten Einbürgerungsgesuch erfolgt. Zuhanden der Einbürgerungsbehörde sei ein Kurzgutachten erstellt worden, in welchem dargelegt worden sei, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht aufgrund ihrer eingeschränkten intellektuellen Leistungsfähigkeit nicht in der Lage sei, einen Grossteil der in den Einbürgerungstests gestellten Fragen zu beantworten. Auch nach Abschluss dieser Abklärungen habe die Beschwerdeführerin gewünscht, weiterhin in ambulante Behandlung zu kommen, dies wegen einer ängstlich-depressiven Entwicklung im Rahmen einer Mobbing-Situation am Arbeitsplatz. Aufgrund der Befunde und Anamnese sei man zu diesem Zeitpunkt von einem eher leichtgradig ängstlich-depressiven Störungsbild im Sinne der Diagnose Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2) ausgegangen (S. 4 oben).

Am 15. September 2006 sei die Beschwerdeführerin Opfer einer tätlichen Attacke eines Arbeitskollegen geworden. Die genauen Umstände dieses Übergriffes hätten nicht eruiert werden können, da die Aussagen der Beschwerdeführerin und fremdanamnestiche Angaben einander teilweise widersprochen hätten (S. 4 unten). Im Verlauf habe die Beschwerdeführerin relativ rasch die vollständige Symptomatik einer PTBS entwickelt, wobei auch die Bedrohung durch Soldaten als 7- oder 8-jähriges Mädchen in der Türkei wieder in Erinnerung gerufen worden sei. Ein Arbeitsversuch im 50%-Pensum habe im Februar 2007 abgebrochen werden müssen. Nebst der PTBS habe sich auch eine ausgeprägte Depression entwickelt, ebenso eine somatoforme Schmerzstörung mit Schmerzauweitung (S. 5). Seit dem gescheiterten Arbeitsversuch im Februar 2007 sei die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig gewesen (S. 6 unten).

E. 3.6

Dem am 11. März 2008 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht von Dr. med. E. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. F. ___ (Urk. 7/12), lässt sich die folgenden Diagnosen entnehmen (Ziff. 1.1): - PTBS (ICD-10 F43.1), bestehend seit 2006 - Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2), bestehend seit Juli 2007 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode (ICD-10 F43.2), bestehend seit Juli 2007 - anhaltende somatoforme Störung (ICD-10 F45.5), bestehend seit Juli 2007 - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), bestehend seit Juli 2007 - soziale Phobien (ICD-10 F40.1), bestehend seit Juli 2007 - Klaustrophobie (ICD-10 F40.2), bestehend seit Juli 2007 Die Beschwerdeführerin werde seit dem 21. Juni 2007 in der Praxis behandelt (Ziff. 3.1) und es bestehe aktuell wie auch in absehbarer Zeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 2), weshalb eine 100%ige IV-Rente beantragt werde (Ziff. 5.1).

E. 3.7

Dr. med. G. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 14. März 2008 (Urk. 7/13/21-22)

als Diagnosen eine Commotio cerebri, posttraumatische Kopf-, Nacken-, Schulter-, Arm und Rückenschmerzen sowie eine PTBS mit Schlaflosigkeit, Depression, Angstzuständen, bestehend seit 15. September 2006 (Ziff. 2). Die Beschwerdeführerin sei am 15. September 2006 bei der Arbeit von einem Arbeitskollegen am Hals gepackt und rückwärts gegen die Wand gedrückt worden. Die Erstversorgung sei im Spital A.____ erfolgt. Dem Bericht sei zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin für einige Sekunden bewusstlos gewesen sei. Anschliessend habe sie Schmerzen am Hinterkopf und am Nacken verspürt mit Schwindel und Übelkeit. Im weiteren Verlauf hätten sich ihre Beschwerden bis heute als ziemlich therapieresistent gezeigt. Neben den körperlichen Beschwerden seien bei ihr Angstzustände mit Panikattacken aufgetreten und sie sei zunehmend depressiv geworden (Ziff. 4.3). Aufgrund der Untersuchung des Suva-Arztbesuches vom 19. November 2007 würde ein kausaler Zusammenhang mit den jetzigen somatischen Beschwerden und dem damals erfolgten Trauma verneint. Auch die Diagnose einer PTBS werde vom untersuchenden Arzt in Frage gestellt. Die Beschwerdeführerin sei heutzutage nach wie vor wegen ihrer somatischen und psychischen Beschwerden nicht arbeitsfähig. Sie werde intensiv sowohl psychiatrisch als auch medikamentös und mit physikalisch-therapeutischen Anwendungen behandelt (Ziff. 4.3).

E. 3.8

) aus den nachfolgend aufgeführten Gründen keine taugliche Grundlage für die Rentenzusprache dar.

E. 4.1

Im ab Februar 2014 eingeleiteten Revisionsverfahren (vgl. Urk. 7/59) lagen die folgenden medizinischen Akten vor:

E. 4.2

Dr. G.____ ergänzte in seinem Bericht vom 4. April 2014 (Urk. 7/61) seine bislang gestellten Diagnosen um Übelkeit und Schwindel (Ziff. 1.1) und hielt die Beschwerdeführerin bis auf Weiteres für vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6).

E. 4.2.1

) für Hilfstätigkeiten bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 %, welcher gemäss Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) im Jahr 2018 (Tabelle TA1 « tirage

skill

level » im total aller Wirtschaftszweige und Kompetenzniveau 1) und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, T03.02) monatlich rund Fr. 4'557.-- (Fr. 4'371.-- : 40 x 41.7) beziehungsweise jährlich Fr. 54'681.-- beträgt. Beim vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Einkommen (Urk. 7/19/5) von maximal Fr. 51'462.-- (200

E. 4.3

Der seit dem 9. Januar 2012 die Beschwerdeführerin behandelnde med. pract. I.____ nannte in seinem Bericht vom 16. April 2014 (Urk. 7/62) die folgenden Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode seit 2007 (ICD-10 F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit 2007 (ICD-10 F45.5) - PTBS seit

2006 (ICD-10 F43.1) - soziale Phobien seit 2008 (ICD-10 F40.1) - ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, wahrscheinlich seit Jugendalter (ICD-10 F60.6)

Die Prognose sei vor dem Hintergrund des mehrjährigen Verlaufs der depressiven Symptome, sozialphobische Züge, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung kombiniert mit Migrationshintergrund und Desintegration in die Gesellschaft im Sinne eines Entwurzelungssyndroms als ungünstig zu bezeichnen. Durch eine engmaschige Behandlung und Betreuung könnten möglicherweise Krisen und Selbstgefährdung vermieden werden (Ziff. 1.4). Aktuell erfolge eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit stützender Gesprächstherapie in 2-wöchentlichen Abständen, bei krisenhafter Verschlechterung auch häufiger, sowie medikamentöse Therapie (Ziff. 1.5). Es sei bisher mehrmals eine Behandlung im stationären Rahmen thematisiert worden. Aufgrund ihrer ängstlich-vermeidenden und misstrauischen Persönlichkeitsstruktur sowie teilweise aufgrund der Sprachbarriere sei ein stationärer Aufenthalt von der Beschwerdeführerin als unmöglich angesehen und abgelehnt worden (Ziff. 1.11).

Die Beschwerdeführerin sei nicht leistungsfähig und es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 2007 (Ziff. 1.6 f.). Sie könne keine Leistungen erbringen, weder in der freien Marktwirtschaft noch in einem Beschäftigungsprogramm. Die Angst und depressiven Symptome, die starke Antriebsminderung und die Angst vor Kontakt mit anderen Menschen hindere sie weiterhin an einer adäquaten Kommunikation mit anderen Menschen und beeinträchtigten somit die Arbeitsaufnahme. Durch die deutliche Vermeidung sozialer Situationen und emotionale Belastung aufgrund der Einsicht, dass ihr Verhalten unvernünftig und übertreiben sei, komme sie permanent in innerseelische Konfliktsituationen, was sie permanent unter Druck bringe und eine vernünftige Leistungserbringung verhindere. Es sei von einer deutlichen Progredienz der Erkrankung auszugehen (Ziff. 1.11).

E. 4.4

Dr. G.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 28. April 2017 (Urk. 7/72) und nannte als Diagnosen eine PTBS mit Angst und Depression, Panikattacken, Schwindel, Schlafstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Atembeschwerden, eine posttraumatische Zepphal- und

Zervikobrachialgie

sowie Rücken-/Handgelenkbeschwerden (Ziff. 1.2). Die Beschwerdeführerin habe zunehmend Schmerzen, vermehrte Panikattacken und sei zunehmend isoliert (Ziff. 1.3). Sie sei nicht mehr arbeitsfähig, auch nicht in einer leidensangepassten Tätigkeit (Ziff. 2.1).

E. 4.5

Der behandelnde Psychologe, lic. phil. Z.____, erstellte seinen Bericht am 3. Mai 2017 (Urk. 7/71). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, seit 2007 (ICD-10 F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit 2007 (ICD-10 F45.5) - PTBS seit 2006 (ICD-10 F43.1) - soziale Phobien seit 2008 (ICD-10 F40.1) - ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, bestehend seit wahrscheinlich Jugendalter (ICD-10 F60.6)

Die Beschwerdeführerin könne die erwarteten Leistungen weder in der freien Wirtschaft noch in den sozialen Beschäftigungsprogrammen erbringen. Die depressiven Symptome, die Angstzustände sowie das Vermeiden der Kontaktaufnahme zur Aussenwelt verhinderte eine Teilnahme am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben (Ziff. 2).

Die Beschwerdeführerin nehme an den psychotherapeutischen Sitzungen alle zwei Wochen teil (Ziff. 7). Aufgrund des chronifizierten Zustands sei eine schnelle Genesung nicht möglich. Die Beschwerdeführerin verfüge nicht über ausreichende Ressourcen, um von der angebotenen Therapie zu profitieren. Ihr persönlicher Hintergrund und ihre Sozialisation verhinderten den positiven Effekt einer Gesprächstherapie. Die bisherigen therapeutischen Massnahmen hätten ebenfalls verdeutlicht, dass die therapeutischen Massnahmen nicht sehr viel zur Genesung hätten beitragen können. Die depressive Störung sei therapieresistent (Ziff. 8).

E. 4.6

RAD-Ärztin Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 14. Mai 2018 Stellung (Urk. 7/97/3-4). Die Diagnose einer PTBS sei schon im Arztbericht von Dr. F.____ nicht mehr gestellt worden. Warum sie nun erneut gestellt werde, könne nicht nachvollzogen werden, da absolut nicht klar sei, ob die Diagnose jemals gerechtfertigt gewesen sei. Von Anfang an sei es nicht klar gewesen, ob überhaupt ein «Überfall» vorgefallen sei. Insgesamt könne knapp eine mittelgradige depressive Symptomatik nachvollzogen werden. Hier müsste jedoch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich sein. Auffallend sei, dass sich die Beschwerdeführerin erst wieder in Therapie begeben habe, nachdem sie von der Rentenrevision in Kenntnis gesetzt worden sei. Insgesamt könne Aggravation/Simulation bei sekundärem Krankheitsgewinn nicht ausgeschlossen werden. Zur Klärung der Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werde die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens empfohlen (Urk. 7/97/3-4).

E. 4.7

Infolge eines Autounfalles am 26. Mai 2018 wurde die Beschwerdeführerin am 28. Mai 2018 notfallmässig im B.____, Institut für Notfallmedizin, behandelt. Die Ärzte nannten in ihrem Austrittsbericht vom 28. Mai 2018 (Urk. 7/91/20-22) die folgenden Diagnosen (S. 1):
- leichtes Schädelhirntrauma vom 26. Mai 2018 - Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion vom 26. Mai 2018 - Acromioclavicular (AC) -Gelenksluxation Typ Rockwood II links (adominant) vom 26. Mai 2018

Die Beschwerdeführerin

habe sich am 28. Mai 2018 aufgrund von Schulter schmerzen, Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Übelkeit, einmalige m Erbrechen bei Status nach Autounfall vom 26. Mai 2018 notfallmässig selbst vorgestellt. Sie habe berichtet, dass ein Auto in die rechte Seite ihres Wagens gefahren sei. Sie sei Beifahrerin gewesen (S. 1). Radiologisch zeige sich eine AC-Gelenksluxation bei bledem CT-Schädel/HWS. Der Beschwerdeführerin sei eine Mitellaschlinge angelegt und sie mit Analgesie nach Hause entlassen worden (S. 2).

E. 4.8

) abzustellen, das alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1. 3) erfüllt und im psychiatrischen Teil (Urk. 7/91 S. 19 ff.) ausführlich auf die mit BGE 141 V 281 etablierten Standardindikatoren Bezug nimmt.

Überdies wäre bei dieser Ausgangslage die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den massgeblichen Standardsindikatoren zumindest fraglich. Denn die Gutachter haben nicht nur eine zumindest bewusstseinsnahe Steuerung der Beschwerden konstatiert, sondern es finden sich durchgehend ärztlich dokumentierte erhebliche Diskrepanzen zwischen den Schmerzschilderungen, den während der Untersuchungen erhobenen Befunden und dem gezeigten Verhalten, mithin liegen durchaus Inkonsistenzen vor (vgl.

Urk. 7/91 S. 5 ff, S. 28, S. 41, S. 50, S. 61; Urk. 7/91/77). Aus somatischer Sicht bestehe gemäss Gutachter aufgrund der fehlenden organischen Befunde in der bisherigen Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/91 S. 6). Im Übrigen erhoben die Experten aber weitestgehend Befunde, die im aggravatorischen Verhalten ihre hinreichende Erklärung finden (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; vgl. auch RAD Stellungnahme vom Mai 2018, E. 4.6), namentlich schlossen sie eine erhebliche psychische Beeinträchtigung aus beziehungsweise erachteten eine rezidivierende depressive Störung als remittiert und wiesen auf eine psychosoziale Belastungssituation vor dem Hintergrund soziokultureller Probleme hin. Bei gutachterlich geschilderter Symptomverdeutlichung, den festgestellten Inkonsistenzen und klaren Tendenzen zur Aggravation

wäre ein strukturiertes Beweisverfahren überflüssig (vgl. BGE 141 V 281 E.

2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9 C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4).

Demnach bestehen medizinisch begründet weder psychiatrisch noch somatisch relevante Einschränkungen, mithin besteht in der angestammten Tätigkeit sowie Verweistätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.8), wie dies auch die Ärzte des RAD festhielten (vgl. vorstehend E. 4.9).

Die Kritik der Beschwerdeführerin an der durchgeführten orthopädischen Begutachtung (vgl. Schreiben vom 12. September 2018, Urk. 7/85) erweist sich gestützt auf die nachvollziehbare Stellungnahme der Y.____ mit Eingang 10. Dezember 2018 (Urk. 7/93) als unbegründet.

E. 4.9

RAD-Ärztin Dr. J.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 12. Dezember 2018 (Urk. 7/97 S.

E. 4.10

Mit Bericht vom 31. Mai 2019 (Urk. 3) führte der Psychologe Z.____ aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 15. April 2016 bei ihm in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Er nannte die gleichen Diagnosen wie in seinem Bericht vom 3. Mai 2017 (vgl. vorstehend E. 4.5). Zu der im Gutachten geäusserten Kritik stellte er fest, dass er aus näher ausgeführten Gründen sehr wohl eine PTBS diagnostiziert habe und auf somatische Beschwerden der Beschwerdeführerin eingehe beziehungsweise diese beschreibe (S. 2 ff.). Die Kriterien der depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, seien erfüllt, jedoch habe der Gutachter die Angaben der Beschwerdeführerin nicht ernst genommen (S. 4 f.). Das Gutachten sei nicht tiefgründig, nicht objektiv und erfasse die aktuellen Beschwerden ungenügend. Die Beschwerdeführerin habe sich während der Begutachtung unwohl sowie nicht verstanden gefühlt. Sie sei im Alltag in allen Bereichen eingeschränkt und könne in diesem Zustand im ersten Arbeitsmarkt nicht beschäftigt werden (S. 5).

E. 5

f.) fest, eine Veränderung des Gesundheitszustandes sei nicht zu benennen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht werde empfohlen, auf das Gut achten abzustellen. Auch RAD-Arzt Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, erachtete mit Stellungnahme vom 14. Dezember 2018 das eingeholte Gutachten für beweistauglich und die Beschwerdeführerin als vollständig arbeitsfähig für eine wechselbelastend leichte bis mittelschwere Tätigkeit (Urk. 7/97 S. 4 f.).

E. 5.1

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit - als Schranke für ein wiedererwägungswises Zurückkommen auf eine formell rechtskräftige Leistungszusprechung - ist rechtsprechungsgemäss so zu handhaben, dass die Wiedererwägung nicht zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung von Dauerleistungen wird, zumal es nicht dem Sinn der Wiedererwägung entspricht, laufende Ansprüche zufolge nachträglicher besserer Einsicht der Durchführungsorgane jederzeit einer Neubeurteilung zuführen zu können (Urteil des Bundesgerichts 8C_336/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 3.3).

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebende Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_111/2019 vom 14. Juni 2019 E. 4.2, BGE 138 V 324 E. 3.3).

Zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung kann (auch) bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 9C_362/2017 vom 8. August 2017 E.

E. 5.2

Zu prüfen ist demnach, ob die gestützt auf die medizinische Stellungnahme von Dr. H.____ vom 21. Juli 2008 (vgl. vorstehend E.

E. 5.3

Dr. H.____ folgte der Leistungsbeurteilung von Dr. F.____ im Bericht vom 11. März 2008, welcher bei den Diagnosen PTBS, Belastungs- und Anpassungsstörungen, rezidivierende depressive Störung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, generalisierte Angst

störung, soziale Phobien und Klaustrophobie in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit ab Juli 2007 verneinte (vgl. vorstehend E. 3.6).

Namentlich die Hauptdiagnose PTBS erscheint aus mehreren Gründen nicht gesichert. Erstens bestehen erhebliche Ungereimtheiten beziehungsweise Widersprüche in der Schilderung zum erfolgten Angriff/Übergriff am Arbeitsplatz vom 15. September 2006. So habe - gemäss Schilderung der Beschwerdeführerin

- der Täter sie am Hals gepackt, gewürgt und rückwärts gegen die Wand gedrückt (Urk. 7/8 S. 4). Demgegenüber hat eine Zeugin berichtet, es habe eine verbale Auseinandersetzung gegeben, wobei die Beschwerdeführerin den Täter laut beschimpft habe, woraufhin dieser lediglich die linke Hand auf die Schulter der Beschwerdeführerin gelegt und mit der rechten Hand gegen die Wand geklopft habe. Dabei sei

die Beschwerdeführerin erschrocken, zurückgetreten und habe sich den Kopf an der Wand angeschlagen. Eine Tötlichkeit habe nicht vorgelegen und der ganze Ablauf sei eine Lappalie (Urk. 7/13/13-14). Auch in der Suva-Schadenmeldung UVG vom 13. Oktober 2006 wurde zu diesem Ereignis nur festgehalten, dass während eines Gesprächs mit dem Schichtleiter und anderen Mitarbeitern die Beschwerdeführerin habe zurücktreten wollen und sich dabei den Kopf angeschlagen habe (Urk. 7/9/106). Von einer tätlichen Auseinandersetzung wurde indes nicht berichtet. Nebst diesen widersprüchlichen Aussagen zum Ereignisverlauf fehlt auch ein formelles Strafverfahren. Zwar gab die Beschwerdeführerin an, einen Strafantrag gestellt zu haben, dieser wurde jedoch von ihr wieder zurückgezogen (vgl. Urk. 1 S. 5; Urk. 7/8 S. 4), weshalb auch von Seiten der Strafverfolgungsbehörden keine Untersuchung geführt wurde.

Schliesslich wird eine PTBS definitionsgemäss nur anerkannt, wenn sie nach einem Ereignis mit aussergewöhnlichen Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, womit die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung verlangt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2012 vom 15. November 2002 E. 4.3), was gestützt auf die dargelegten Schilderungen indes nicht angenommen werden kann.

Zweitens sind keine Verletzungen aus diesem Angriff festgestellt worden. Die Ärzte des Spitals A.____ erhoben am gleichen Tag keine Befunde, nicht einmal solche, welche typischerweise bei dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Tathergang von körperlicher Gewalt zu erwarten gewesen wären, wie zum Beispiel Petechien, Hämatome oder Abschürfungen am Hals

(Urk. 7/4/10). Auch die Suva-Schadenmeldung vom 13. Oktober 2006 (Urk. 7/9/106) gab als Verletzung nur eine Prellung des Schädels an (Ziff. 9). Schliesslich verneinte auch Kreisarzt Dr. C.____ in seiner Untersuchung vom 9. September 2007 Hinweise auf eine äussere Gewalteinwirkung und das Vorliegen von organischen strukturellen Läsionen (vgl. vorstehend E. 3.4).

Drittens haben die Gutachter der Y.____ nach eigenen Untersuchungen und sorgfältiger Durchsicht aller vorliegenden Unterlagen retrospektiv eine PTBS zu keinem Zeitpunkt als erfüllt erachtet (vgl. vorstehend E.

E. 5.4

Darüber hinaus fehlt in der Beurteilung durch Dr. H. ___ eine gründliche Auseinandersetzung mit den übrigen psychiatrischen Diagnosen gemäss den

Berichten der behandelnden Ärzte Dr. F. ___ (vgl. vorstehend E. 3.6) und des Psychiatriezentrums D. ___ (vgl. vorstehend E. 3.5). Dies namentlich vor dem Hintergrund

der seinerzeit gültigen Rechtsprechung, wonach somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit bewirken vermöchten (BGE 130 V 352), leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis als in der Regel therapierbar galten und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.4) sowie dass bei Befunden, die in psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben ist (BGE 127 V 294 E.

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Aktenkundig wurden bei der Beschwerdeführerin schon damals ausgeprägte psychosoziale Umstände (Entwurzelung, Analphabetismus, geringe Deutschkenntnisse, tiefes Bildungsniveau; vgl. vorstehend E. 3.5) erhoben und Selbstlimitierungen (vgl. vorstehend E. 3.4) festgestellt.

Diesbezüglich hätte der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zweifelsfrei zu weiteren medizinischen Abklärungen Anlass geben müssen.

E. 5.5

Aufgrund des Gesagten erging

die rückwirkend ab September 2007 erfolgte Zusprache einer ganzen Invalidenrente mit Verfügung vom 26. Januar 2009 (Urk. 7/45) in offenkundiger Verletzung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Untersuchungsgrundsatzes im Sinne mangelhafter Sachverhaltsabklärung (vgl. vorstehend E. 5.1) und ist damit als zweifellos unrichtig einzuordnen. Da deren Berichtigung angesichts des geldwerten Charakters der Leistung von erheblicher Bedeutung ist, war die Verwaltung unter dem Blickwinkel der Wiedererwägung befugt, darauf zurückzukommen (vgl. vorstehend E. 1.2).

Damit wird auch die später - ohne materielle Anspruchsprüfung - ergangene Mitteilung, der Rentenanspruch sei unverändert (vgl. Urk. 7/57), hinfällig.

E. 6

) führt ein Einkommensvergleich gemäss Art. 16 ATSG in keinem Fall zu einem anspruchsbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40%.

Es besteht somit kein Rentenanspruch und die angefochtene Verfügung ist auch in dieser Hinsicht zu bestätigen.

Entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 6.1

Sind die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung erfüllt, müssen die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro geprüft

werden. Wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad zu ermitteln (Urteil des Bundesgerichts 8C_111/2019 vom 14. Juni 2019 E. 4.2).

E. 6.2

Was einen allfälligen aktuellen Rentenanspruch betrifft, ist auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im 2018 erstatteten Y.____-Gutachten (vorstehend E.

E. 6.3

Auch die übrigen medizinischen Berichte – soweit sie nicht ohnehin das Gutachten stützen - vermögen dessen Beweiskraft nicht zu erschüttern.

Einerseits ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten

auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), was insbesondere in noch ausgeprägterem Masse im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie, welche von einem besonders ausgeprägten Vertrauensverhältnis zwischen behandelnder und therapierender Person geprägt ist, zutrifft. An derer seits verfügt Psychologin

Z.____ über keinen Facharzttitel. Zudem wird es sowohl med. pract. I.____, dessen Bericht aus dem Jahr 2012 ohnehin als nicht mehr zeitnah und deshalb als relevant angesehen werden kann,

als auch Psychologin Z.____ auf invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren hin, klammerte diese jedoch bei ihrer Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit nicht aus (vgl. vorstehend E. 4.3; E. 4.10). Darüber hinaus sah med. pract. I.____ eine stationäre Therapie vor (eine solche wurde bereits 2010 von Dr. F.____

postuliert, vgl. Urk. 7/54 Ziff. 1.11), welche die Beschwerdeführerin indes ablehnte (vgl. vorstehend E. 4.3), was den Schluss auf einen nicht ausgeprägten Leidensdruck zulässt. Zudem wies die RAD-Ärztin Dr. J.____

auf die Auffälligkeit hin, dass sich die Beschwerdeführerin erst wieder in Therapie begeben habe, nachdem sie von der Rentenrevisoren in Kenntnis gesetzt worden sei (vgl. vorstehend E. 4.6).

Auch die letzten Beurteilungen durch den Hausarzt Dr. G.____ vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern, zumal er (fachfremd) auf psychische Diagnosen hinwies und die Beschwerdeführerin pauschal und ohne nachvollziehbare Begründung für nicht mehr arbeitsfähig erachtete (vgl. vorstehend E. 4.2 und E. 4.4).

E. 6.4

Für das Invalideneinkommen massgebend ist somit der Tabellenlohn (vgl. BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E.

E. 7.1

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). Vor liegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführer in ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen.

E. 7.2

Der

unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin

hat von der ihm mit Gerichtsverfügung vom 4. Dezember 2019 (Urk. 12) eingeräumten Möglichkeit, eine Honorarnote ein zu reichen, keinen Gebrauch gemacht. Somit ist er unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (vgl. § 34 Abs. 3 GSVGer) und beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Marco Mona, Zürich, wird mit Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Marco Mona - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

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

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