



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 31. Januar 2019 (720 18 169 / 31)

Invalidenversicherung

Revisionsweise Aufhebung des Anspruchs auf eine ganze Invalidenrente infolge Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes; Prüfung auf Eingliederungsmassnahmen bei der versicherten Person, welche das 55. Altersjahr überschritten und mehr als 15 Jahre eine IV-Rente bezogen hat

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1962 geborene A.____ meldete sich am 21. Februar 1994 unter Hinweis auf Schmerzen am rechten Arm, am Kopf und am Rücken bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse sprach ihr die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 14. Februar 1995 mit Wirkung ab 1. Dezember 1993 eine ganze Invalidenrente zu. Diesen Anspruch bestätigte die IV-Stelle revisionsweise in den Jahren 1996, 1998, 2000, 2005 und 2011. Seit 1. Juli 1999 bezieht A.____ auch eine Hilflosenentschädigung leichten Grades (vgl. Verfügung vom 4. Mai 2001). Im August 2016 leitete die IV-Stelle erneut ein Revisionsverfahren ein und prüfte die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse von A.____. Gestützt auf die Ergebnisse des eingeholten Gutachtens von Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. März 2017 ging die IV-Stelle davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Rentenzusprache verbessert habe und ihr nun eine Erwerbstätigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit zumutbar sei. Aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrads von 36 % stellte sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 17. April 2018 die ganze Rente per 31. Mai 2018 ein.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 17. Mai 2018 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) mit den Begehren, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei festzustellen, dass sie weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente habe. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen; alles unter o/e-Kostenfolge. In der Begründung führte sie aus, dass sie seit 25 Jahren eine Rente beziehe und über 55 Jahre alt sei, womit die IV-Stelle vor Aufhebung der Rente zwingend Wiedereingliederungsmassnahmen hätte durchführen müssen. Diese könne sich nicht ohne weiteres auf eine fehlende Eingliederungsbereitschaft berufen, ohne über die Möglichkeit der Eingliederung aufzuklären. Die Verletzung der Aufklärungspflicht könne auch nicht durch das durchgeführte Mahn- und Bedenkzeitverfahren geheilt werden. Sie sei bereit, einen Eingliederungsversuch zu unternehmen, wenn die IV-Stelle aufzeige, wie ein solcher Versuch praktisch umgesetzt werden könne. Im Weiteren sei der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden. Sie sei lediglich psychiatrisch begutachtet worden, obwohl sie nachweislich auch unter somatischen Beeinträchtigungen leide. Ausserdem sei das Gutachten von Dr. B.____ widersprüchlich, weshalb auf dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden könne. Zudem fehle es an einer Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281. Weiter beanstandete sie den von der IV-Stelle vorgenommenen Einkommensvergleich.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 10. Juli 2018 beantragte die IV-Stelle mit Verweis auf die Stellungnahme von Dr. med. C.____, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), vom 29. Mai 2018, die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Replik vom 21. September 2018 liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter einen Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. August 2018 einreichen. Daraus gehe hervor, dass nicht von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgegangen werden könne.

E. Die IV-Stelle hielt mit Eingabe vom 5. November 2018 gestützt auf die Stellungnahme von Dr. C._____ vom 11. Oktober 2018 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten. Strittig und zu prüfen ist, ob die Rentenaufhebung per 31. Mai 2018 gerechtfertigt ist.

2.1 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] vom 6. Oktober 2000). 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).

2.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein

Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts vom 11. Mai 2009, 9C_261/2009, E. 1.2 und vom 28. August 2003, I 212/03, E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

3.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Liegt dagegen ein Revisionsgrund vor, 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; Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2018, 8C_145/2018, E. 3.2).

3.3 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

3.4 Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruhte (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2010, 9C_438/2009, E. 1 mit Hinweisen). Vorliegend erfolgte seit der Rentenverfügung vom 14. Februar 1995 keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr. Zu prüfen ist daher, ob sich die konkreten Verhältnisse seit 14. Februar 1995 bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. April 2018 wesentlich verändert haben.

4.1 Für die Beurteilung der strittigen Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-) Arbeitsfähigkeit der Versicherten seit der Zusprechung der laufenden Viertelsrente in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versich-

cherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (vgl. ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

5.1 Zum Zeitpunkt der Zusprechung einer ganzen Invalidenrente im Jahre 1995 lagen die folgenden wesentlichen medizinischen Berichte vor:

5.2 Dr. med. E.____, FMH für Rheumatologie, hielt in seinem Bericht vom 6. April 1993 fest, dass die seit Monaten anhaltende, therapieresistente Zervikobrachialgie der Versicherten

einer weichteilrheumatischen, funktionell bedingten Störung zuzuordnen sei. Da sich auch an schmerzfernen Orten eindeutige Druckempfindlichkeiten feststellen liessen, sei mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Fibromyalgiesyndrom zu diagnostizieren. Das Beschwerdebild der Versicherten sei aus psychosozialen Gründen ausgelöst worden und werde dadurch unterhalten. Aus rheumatologischer Sicht könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Dr. med. F.____, FMH Neurologie, in seinem Bericht vom 20. Januar 1994. Auch er interpretierte das Beschwerdebild als ein beginnendes Fibromyalgiesyndrom. Das Vorliegen eines Thoracic-Outlet-Syndroms (TOS) verneinte er mit Beurteilung vom 13. Juli 1994.

5.3 In seinem Arztbericht vom 2. September 1994 hielt der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin, als Diagnosen ein beginnendes Fibromyalgiesyndrom mit Zervikobrachalgien, Spannungskopfweg, Migräne, Dorsalgien, einem Status nach Operation eines Karpaltunnelsyndroms und eines dorsalen Ganglions des Handgelenks rechts am 1. Dezember 1992 sowie ein sekundär bestehendes depressives Zustandsbild fest. Zurzeit seien keine medizinischen Massnahmen zur Erhöhung der Arbeitsfähigkeit indiziert. Es sei eine zeitlich befristete Rente mit einer Reevaluation der gesamten Situation in 1 – 2 Jahren zu befürworten.

5.4 Vom 13. April 1994 bis 20. Mai 1994 hielt sich die Versicherte in der Klinik K.____ zur Abklärung bei Verdacht auf Fibromyalgie und gleichzeitigem depressivem Zustandsbild auf. Die behandelnde Ärzteschaft diagnostizierte in ihrem Bericht vom 24. Mai 1994 ein depressives Zustandsbild mit Somatisierung bei chronischer Überforderungssituation, einen Verdacht auf ein TOS sowie einen Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom sowie eine Adipositas.

5.5 Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 10. September 1994, dass die Versicherte an einer latenten Depression und einem Status nach Erschöpfungsdepression nach jahrelanger Doppelbelastung leide. Sie weise ein geschwächtes Selbstwertgefühl mit intermittierenden Angstzuständen auf und sei larviert depressiv. Seit 5 Jahren beständen zunehmend somatische und psychosomatische Beschwerden. Die Versicherte sei auf die somatischen Beschwerden fixiert. Eine deutliche Besserung des psychischen Gesundheitszustandes sei trotz vielfältiger therapeutischer Massnahmen nicht erreicht worden. Auch die stationäre Behandlung in der Klinik H.____ habe zu keinem therapeutischen Durchbruch geführt. Durch den sozialen Rückzug sei das Selbstwertgefühl der Versicherten zunehmend geschwächt worden. Zudem sei sie durch die Doppelbelastung in eine Erschöpfungsdepression geraten. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sie sei nicht mehr in der Lage, den Haushalt alleine zu führen. Massnahmen zur Erhöhung der Arbeitsfähigkeit oder Umschulungsversuche wären verfrüht. Eine befristete Rente sei indiziert, wobei die Situation in 1 bis 2 Jahren wieder zu überprüfen sei.

5.6 Die IV-Stelle sprach der Versicherten am 14. Februar 1995 aufgrund eines beginnenden Fibromyalgiesyndroms, einer latenten Depression bei Status nach Erschöpfungsdepression, eines geschwächten Selbstwertgefühls mit intermittierenden Angstzuständen und zunehmender somatischer sowie psychosomatischer Beschwerden eine ganze Invalidenrente zu (vgl. Feststellungsblatt der IV-Stelle vom 14. November 1994).

5.7 Nach der Rentenzusprache teilte Dr. G._____ am 20. Mai 1996 mit, dass sich das Zustandsbild, die Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit trotz verschiedener therapeutischer Massnahmen nicht verbessert hätten. Es sei mit einer Chronifizierung zu rechnen. Am 29. Juni 1998 ergänzte er die psychiatrischen Diagnosen dahingehend, dass nun eine chronische depressive Entwicklung mit Panikattacken vorliege. Die Versicherte klagte über Nervosität, Durchschlafstörungen, Angst und Angespanntheit beim Alleinsein. Sie gehe selten ausser Haus und ihr Ehemann sowie die Kinder würden bei den Haushaltsarbeiten stark mithelfen. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Am 8. August 2000 hielt er fest, dass bei der Versicherten am 30. September 1998 der subacromiale Kalkherd mit Needling verkleinert worden sei. Im Frühjahr 1999 hätten im Bereich des Beckengürtels Schmerzpunkte bestanden, welche bei Fibromyalgie typisch seien. Die Panikattacken hätten eher nachgelassen. Am 7. Oktober 2005 diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Fibromyalgiesyndrom mit chronisch rezidivierenden Zervikobrachalgien, chronisch rezidivierendem Kopfweg, chronischer Periarthropathia humeroscapularis calcarea links, tendinopathica rechts, vegetativen Symptomen mit Schweissausbrüchen und Palpitationen sowie eine chronisch depressive Entwicklung mit Panikattacken und nächtlichen Albträumen. Die Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig. Am 15. April 2011 informierte Dr. G._____, dass sie wegen Herzbeschwerden Mitte Januar 2011 im Spital J._____ untersucht worden sei. Dort seien die Beschwerden im Rahmen einer symptomatischen AV-Knoten-Reentrytachykardie interpretiert und erfolgreich radioabliert worden (vgl. auch Bericht des Spitals J._____ vom 4. März 2011). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielt er nun Angst und eine depressive Störung gemischt, Panikattacken, eine sekundär generalisierte Angststörung sowie eine AV-Knoten-Reentrytachykardie fest. Die chronische Cephalaea, die Zervikalgien und die chronische Periarthropathia humeroscapularis hätten keine Auswirkungen mehr auf die Arbeitsfähigkeit. In seinem Bericht vom 8. September 2016 führte er aus, dass es gestützt auf das EKG keine Hinweise auf eine kardiale Minderdurchblutung gebe, weshalb die AV-Knoten-Reentrytachykardie nicht mehr als eine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnose aufzuführen sei. Die Versicherte klagte jedoch weiterhin über eine Angststörung, Schlafprobleme und Müdigkeitskrisen, Daher schränkten die Diagnosen Angst und depressive Störung gemischt, die Panikattacken und die sekundär generalisierte Angststörung nach wie vor die Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu 100 % ein.

5.8 Im Rahmen des aktuellen Rentenrevisionsverfahrens holte die IV-Stelle bei Dr. B._____ ein Gutachten ein. Im Gutachten vom 21. März 2017 diagnostizierte Dr. B._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angst- und depressive Störung gemischt. Die Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa und Hypnotica beeinflussten die Arbeitsfähigkeit dagegen nicht. Differenzialdiagnostisch könne eine Dysthymie diskutiert werden. Bei ausgeprägter Schlafstörung, einem Verlust des Selbstvertrauens, einem sozialen Rückzug und dem Verlust des Interesses an der Sexualität seien mehrere Kriterien erfüllt. Die erhöhte Ängstlichkeit werde jedoch für die Diagnose einer Dysthymie zu wenig repräsentiert. An der heutigen Untersuchung hätten zudem ein Rückzug in eine ihr vertraute Welt mit Schüchternheit und geringem Selbstvertrauen sowie ausgeprägte Schlafstörungen festgestellt werden können. Die Stimmungslage sei nur leicht bedrückt. Hinweise für das Vorliegen einer schweren depressiven Störung, wie vitale Traurigkeit, Antriebsstörung oder Suizidgedan-

ken, fehlten. Aufgrund der leicht gedrückten Stimmung und des gestörten Schlafs könne eine leichte depressive Komponente festgestellt werden. Insgesamt sei eine Angst- und depressive Störung gemischt zu diagnostizieren, was mit den hausärztlichen Vordiagnosen übereinstimme. Die Kriterien für die Diagnose einer Panikattacke oder einer generalisierten Angststörung seien dagegen nicht erfüllt. Zur Krankheitsentwicklung führte Dr. B.____ aus, dass die Versicherte während der Untersuchung freundlich und angepasst aufgetreten sei; sie habe insgesamt keinen schwer kranken Eindruck gemacht. Seit 1994 stehe sie nicht mehr in fachpsychiatrischer Behandlung. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte rückblickend zwischen 1979 und 1993 ausgesprochen belastenden Verhältnissen (Beruf, Familie, Haushalt) ausgesetzt gewesen sei. Als Zeichen der Überforderung seien Reizbarkeit und eine gewisse Frustrationsintoleranz zu nennen. Unter diesen mehrfachen Belastungen hätten sich weitgehend psychosomatische Beschwerden entwickelt. Durch den nach der IV-Berentung erfolgten Rückzug und ein Vermeidungsverhalten sei es zu einer Regression und zu einem fortschreitenden Verlust des Selbstvertrauens gekommen. Heute bestehe eine Schwellenangst für Aussenaktivitäten. So fahre die Versicherte beispielsweise nicht mehr selber Auto. Dieser Schwellenangst komme jedoch kein Krankheitswert zu. Es habe sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingestellt, welche vorwiegend auf die berufliche Entlastung zurückzuführen sei. Heute seien nur noch geringfügige funktionelle Einschränkungen mit einem eindeutig medizinischen Hintergrund vorhanden. Es liege ein eher somatisiertes Krankheitsverständnis vor mit einem zumindest partiellen sekundären Krankheitsgewinn, indem sich die Versicherte vor jeglichen Überaktivitäten und Forderungen durch den Verweis auf ihre Erkrankung schützen könne. Die Motivation für eine ausserhäusliche Tätigkeit sei als sehr gering einzustufen. Eine bewusste Aggravation liege nicht vor; es bestehe jedoch nach wie vor eine hohe Krankheitsüberzeugung. Als IV-fremde Faktoren seien die mangelnde Motivation zur Arbeitsintegration nach langjähriger Berentung, das fortgeschrittene Alter und die fehlende berufliche Ausbildung zu nennen. Aufgrund der chronischen Schlafstörung und der erhöhten Ängstlichkeit sei die Versicherte für jegliche leichten Arbeiten zu 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aufgrund der medizinischen Aktenlage sei zu vermuten, dass ab ca. 2000 eine Beruhigung des psychischen Zustandsbildes eingesetzt und ab diesem Zeitpunkt das Ausmass der Arbeitsfähigkeit laufend zugenommen habe.

5.9 Im Jahr 2017 untersuchte Dr. med. K.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, die Versicherte. In seinem Bericht vom 28. November 2017 diagnostizierte er ein chronisches myofaszielles Schmerzsyndrom vom Typ Fibromyalgie links bei muskulärer Insuffizienz im Sinne eines Hohlrundrückens mit Schulterprotraktion, bei Myotendinosen der Nacken-, Schultergürtel- und Unterarmmuskulatur, bei chronischer Epicondylopathia humeri radialis und bei panvertebraler Schmerzangabe sowie einen Verdacht auf eine stabile Angina pectoris. Für eine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung oder eine zervikale/lumbale Nervenwurzelirritation gebe es keine Hinweise. Er empfehle deshalb vor allem eine Kräftigung der Rumpf- und Beckenstabilisatoren zur muskulären Aufrichtung der Beckenposition und der Brustwirbelsäule. Da es sich bei Fibromyalgie oft um eine Stressbewältigungsstörung handle, empfehle er eine psychologische/psychosomatische Begleitung.

5.10 Im Vorbescheidverfahren reichte Dr. G.____ am 5. Dezember 2017 ein "Wiedererwägungsgesuch" ein. Er wies darauf hin, dass der Versicherten ursprünglich eine Invalidenrente

aufgrund der weichteilrheumatischen Schmerzen an den Schultern und am rechten Ellbogen zugesprochen worden sei. Über diese Beeinträchtigungen habe sie in den letzten Jahren nicht mehr geklagt. Dies aber auch nur deshalb, weil viele Massnahmen keine Verbesserung gebracht hätten. Er habe deshalb diese Leiden in seinem Bericht im Jahr 2016 nicht mehr in Form von die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Diagnosen aufgeführt. Inzwischen hätten sich diese Beeinträchtigungen verschlechtert. Sie leide an Rücken-, Nacken-, Schulter-, Ellbogen- sowie Vorderarmschmerzen, was ihn dazu veranlasst habe, die Versicherte rheumatologisch abklären zu lassen. Auch wenn der Facharzt Dr. K._____ lediglich ein chronisches myofasiales Schmerzsyndrom vom Typ Fibromyalgie diagnostiziert habe, lägen weitere somatische Diagnosen vor, welche dieses Schmerzsyndrom mitverursachten.

6.1 Die IV-Stelle stütze sich in ihrer angefochtenen Verfügung vom 17. April 2018 auf das psychiatrische Gutachten von Dr. B._____ vom 21. März 2017. Sie ging demzufolge davon aus, dass es der Versicherten zumutbar sei, ab ca. 2000 einer körperlich leichten Tätigkeit zu 80 % nachzugehen. Damit habe sich der psychische Gesundheitszustand seit der Rentenverfügung vom 14. Februar 1995 verbessert, weshalb ein Revisionsgrund gemäss Art. 17 ATSG vorliege. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Das Gutachten von Dr. B._____ weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, es setzt sich mit den vorhandenen ärztlichen Einschätzungen auseinander und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Zudem zeigte Dr. B._____ nachvollziehbar auf, dass es seit der Rentenzusprache im Jahr 1995 zu einer deutlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten gekommen ist. Entgegen der Ansicht der Versicherten nahm Dr. B._____ eine Prüfung der gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu beachtenden Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 vor. Insbesondere setzte er sich mit den Standardindikatoren der Konsistenz und der persönlichen Ressourcen der Versicherten auseinander (vgl. Gutachten Ziffer 5.3 auf S. 12 und Ziffer 8 auf S. 14; vgl. auch Stellungnahme von Dr. C._____ vom 29. Mai 2018). Demzufolge ist dem Gutachten von Dr. B._____ vom 21. März 2017 volle Beweiskraft beizumessen.

6.2 Der Einwand der Versicherten, wonach das Gutachten von Dr. B._____ widersprüchlich sei, erweist sich als nicht stichhaltig. Sie macht geltend, dass im Mini-ICF-APP nicht zum Ausdruck komme, dass sie sich sozial sehr zurückgezogen habe, nicht gerne ausser Haus gehe und nicht mehr Auto fahre. Gemäss Mini-ICF-APP sei jedoch lediglich eine geringe Beeinträchtigung in der Kontaktfähigkeit zu Dritten festgehalten. In dieser Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass Dr. B._____ von einem Rückzug der Versicherten aus der Arbeitswelt ins Privatleben berichtet. In der ihr vertrauten Umgebung bewege sie sich aber relativ ungezwungen und es beständen auch soziale Kontakte. In der Tat ist der Beschreibung des Tagesablaufs (Ziffer 3.8 des Gutachtens vom 21. März 2017) zu entnehmen, dass die Versicherte regelmässigen Kontakt mit ihrer Schwester und deren Familie pflege sowie in "Besuchskontakt" zu zwei Kolleginnen stehe. Sie verfolge interessiert das Weltgeschehen und reise zweimal pro Jahr zu Verwandten

in ihre Heimat. Aufgrund dieser Feststellungen ist kein Widerspruch zu den Ergebnissen des Mini-ICF-APP und der Beurteilung von Dr. B._____ zu erblicken.

6.3 Der Bericht von Dr. D._____ vom 9. August 2018, bei welcher die Versicherte seit 29. Januar 2018 in Behandlung steht, vermag keine Zweifel an der Beweistauglichkeit des Gutachtens von Dr. B._____ zu erheben. Die Psychiaterin geht von einer stark reduzierten Leistungsfähigkeit aufgrund der Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen aus. Es beständen dauernde und umfassende Angstgefühle, Besorgtheit, Anspannung, Gefühle von Unsicherheit und Minderwertigkeit. Sie vermeide angstausslösende Aktivitäten und sei in ihrem Lebensstil aufgrund ihres Verlangens nach Sicherheit und der Unterordnung eigener Bedürfnisse stark eingeschränkt. Sie erlebe sich als inkompetent, schwach und hilflos. Es bestehe ein erheblicher Leidensdruck und Suizidgedanken seien praktisch ständig vorhanden. Entgegen der Ansicht von Dr. B._____ seien der Verlust des Selbstvertrauens und die Schwellenangst für viele Aussenaktivitäten eher als Symptome der Persönlichkeitsstörung zu werten, denn als Folge der IV-Berentung. Vielmehr habe sie durch die Berentung einen erträglichen Umgang mit ihrer Erkrankung finden können. Hierzu führt der RAD-Psychiater, Dr. C._____, in seiner Stellungnahme von Oktober 2018 überzeugend aus, dass das für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erforderliche Kardinalkriterium der schwer dysfunktionalen Verhaltensweise mit deletären Auswirkungen auf alle Achsen des Lebens bei der Versicherten nicht vorliege. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass ihr Verhalten dauerhaft unflexibel, unangepasst oder unzweckmässig sei. Zudem sei nicht ersichtlich, dass sie ihre soziale Umgebung nachteilig beeinflusse. Ein Blick in die Akten zeigt denn auch auf, dass die Biografie der Versicherten und ihr aktueller Ablauf des Alltags nicht auf schwer dysfunktionale Verhaltensmuster schliessen lassen. Gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung spricht auch der Umstand, dass eine solche Diagnose von den Vorgutachtern nie gestellt wurde. Dazu kommt, dass die Beurteilung von Dr. D._____ mit Vorbehalt zu würdigen ist, hat sie doch als therapeutisch tätige psychiatrische Fachperson ein besonderes Vertrauensverhältnis zur Versicherten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

6.4 Auch das Vorbringen der Versicherten, wonach der medizinische Sachverhalt mangels Berücksichtigung der somatischen Beeinträchtigungen ungenügend abgeklärt sei, führt nicht zu einem anderen Ergebnis. Gemäss Bericht von Dr. K._____ vom 28. November 2017 könnten die geklagten Beschwerden nicht objektiviert werden. Er stellte die Diagnose eines chronischen myofaszialen Schmerzsyndroms vom Typ Fibromyalgie, welche bereits zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache im Jahr 1995 bestand (vgl. Berichte von Dr. E._____ vom 6. April 1993, von Dr. F._____ vom 13. Juli 1994, von Dr. G._____ vom 2. September 1994 und der Klinik H._____ vom 24. Mai 1994). Andere somatische nachweisbare Diagnosen lassen sich den Akten nicht entnehmen und werden von Dr. G._____ auch nicht konkretisiert. Die Fibromyalgie wird in der Rechtsprechung den unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zugeordnet (BGE 132 V 65 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2018, 9C_75/2018, E. 3.1), weshalb deren quantitativen und qualitativen Auswirkungen psychiatrisch zu beurteilen sind. Dr. B._____ diagnostizierte in dieser Hinsicht eine Schmerzverarbeitungsstörung und begründete dabei einleuchtend, dass daraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Nichts anderes ergibt sich bezüglich der geltend gemachten Schlaf-

störungen. Den Akten sind keine Hinweise zu entnehmen, dass diese Störungen somatisch bedingt sein könnten. Sie fanden deshalb folgerichtig in der Beurteilung von Dr. B.____ Eingang. Er kam zum überzeugenden Schluss, dass die chronischen Schlafstörungen als Symptom der depressiven Störung zu interpretieren seien, welche zusammen mit der erhöhten Ängstlichkeit die Arbeitsfähigkeit um 20 % einschränkten. Unter diesen Umständen gab es für die IV-Stelle keinen Anlass, die Versicherte somatisch abklären zu lassen, zumal bereits im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache keine somatischen Diagnosen vorlagen.

6.5 Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass die Einwände der Versicherten ein Abweichen vom psychiatrischen Gutachten von Dr. B.____ vom 21. März 2017 nicht zu rechtfertigen vermögen. Dieses erfüllt die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich, so dass darauf abzustellen ist. Die IV-Stelle ist in der angefochtenen Verfügung deshalb zutreffend davon ausgegangen, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten seit der am 14. Februar 1995 erfolgten Rentenzusprache erheblich verbessert hat mit der Folge, dass ihr im Zeitpunkt des Erlasses der Revisionsverfügung die Ausübung einer körperlich leichten Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar ist. Somit hat die IV-Stelle das Vorliegen der Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG zu Recht bejaht.

7.1 Gestützt auf dieses Zwischenergebnis ist in einem nächsten Schritt zu prüfen, wie sich die geschilderte Entwicklung auf den Rentenanspruch der Versicherten auswirkt. Zur Beantwortung dieser Frage sind die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro zu prüfen. Es gilt mit anderen Worten, auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts den Invaliditätsgrad bei Erlass der streitigen Revisionsverfügung zu ermitteln, woraus sich die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs ergeben.

7.2 Der Invaliditätsgrad ist bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

7.3 Die IV-Stelle nahm in der Verfügung vom 17. April 2018 den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ermittelte sie anhand der Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Versicherten ein Valideneinkommen von Fr. 61'081.-- und anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) ein Invalideneinkommen von Fr. 38'925.--. Aus der Gegenüberstellung der beiden Einkommen resultiert, so das Fazit der IV-Stelle, demnach ein Invaliditätsgrad von 36 %. Die Versicherte erachtet das

von der IV-Stelle eingesetzte Valideneinkommen von Fr. 61'081.-- als nicht nachvollziehbar. Insbesondere sei nicht klar, weshalb dieser Betrag nur ab 2011 der Nominallohnentwicklung angepasst worden sei. Dem Fragebogen für den Arbeitgeber vom 22. August 1998 ist zu entnehmen, dass die Versicherte im Jahr 1993 Fr. 43'628.35 verdiente. Nach Anpassung dieses Betrages bis zur 2018 erfolgten Nominalentwicklung ergibt sich ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 59'983.-- (vgl. BFS, T 39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976 – 2017 und Quartalschätzung der Nominalentwicklung 2018, II. Quartal).

7.4 Das von der IV-Stelle anhand lohnstatistischer Angaben berechnete Invalideneinkommen für das Jahr 2015 in Höhe von Fr. 38'925.-- hat die Versicherte nicht beanstandet. Es ergeben sich aus den Akten grundsätzlich keine Hinweise, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung des Invalideneinkommens vorzunehmen wäre. Es ist jedoch insofern zu korrigieren, als es an die Nominalentwicklung bis 2018 anzupassen ist, was einen Betrag von Fr. 39'708.-- ergibt. Entgegen der Ansicht der Versicherten ist der von der IV-Stelle vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % angemessen. Es bestehen keine persönlichen oder beruflichen Gründe, die einen höheren Abzug rechtfertigen würden (vgl. dazu BGE 126 V 80 E. 5b). Solche werden von der Versicherten auch nicht substantiiert geltend gemacht.

7.5 Aus der Gegenüberstellung der hier massgebenden Vergleichseinkommen resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Damit ist als weiteres Zwischenergebnis festzuhalten, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung zutreffend festgestellt hat, dass die Versicherte keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente hat.

8.1 Im Gebiet der IV gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalls zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a). Nach der Rechtsprechung sind bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (BGE 141 V 5 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts vom 22. März 2018, 8C_582/207, E. 6.3 mit weiteren Hinweisen und vom 26. April 2011, 9C_228/2010). Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich vor, wenn die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder 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 Leistungspotential auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2018, 8C_582/2017, E. 6.3 mit weiteren Hinweisen). Entzieht oder widersetzt sich die versicherte Person Eingliederungsmassnahmen, können ihr die Leistungen gekürzt oder verweigert werden. Vorausgesetzt ist immerhin, dass die IV-Stelle zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt hat (Art. 21 Abs. 4 ATSG in Verbindung mit Art. 7b IVG; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2017, 9C_525/2017, E. 3.5).

8.2 Die Versicherte bezog mehr als 15 Jahre lang eine Invalidenrente und ist zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung über 55 Jahre alt. Sie zählt somit unstrittig zum Personenkreis, auf den die vorstehend wiedergegebene Rechtsprechung Anwendung findet. Den Akten ist an verschiedensten Stellen zu entnehmen, dass sich die Versicherte als nicht mehr arbeitsfähig erachtet. So gab sie gemäss Protokoll "Erstgespräch Rentenrevision 55+/15+" vom 31. Oktober 2017 an, dass sie sich subjektiv nicht in der Lage sehe, eine Tätigkeit auszuüben. Entgegen der Ansicht der Versicherten wurden ihr anlässlich dieses Gesprächs auch konkrete Eingliederungsmassnahmen vorgestellt. Sie hat sich aber einen Einstieg im geschützten Rahmen mit anfänglich 2 Stunden und dem Ziel, innerhalb von 3 Monaten, im Umfang von 50 % zu arbeiten, nicht vorstellen können. Mit Schreiben vom 31. Oktober 2017 wurde sie auf ihre Mitwirkungspflicht gemäss Art. 7 IVG aufmerksam gemacht und im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG aufgefordert, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Die Versicherte liess sich jedoch nicht mehr vernehmen. Unter diesen Umständen ist aber die subjektive Eingliederungsfähigkeit, die Eingliederungsbereitschaft, nicht gegeben. Dazu kommt, dass bereits Dr. B. ____ darauf hinwies, dass eine hohe subjektive Krankheitsüberzeugung bestehe und die Versicherte wenig Motivation für eine Eingliederung zeige. Die IV-Stelle durfte deshalb zu Recht von der Planung und Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen absehen (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Februar 2014, 9C_474/2013, E. 6.3).

9. Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass die IV-Stelle die Invalidenrente der Versicherten mit Verfügung vom 17. April 2018 in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 zu Recht per 31. Mai 2018 eingestellt hat. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

10.1 Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Dem Prozessausgang entsprechend hat deshalb die Versicherte als unterliegende Partei die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- zu tragen. Dieser Betrag ist mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zu verrechnen.

10.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.