

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00598 vom 17. Juli 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-07-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00598

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00598 du 17 juillet 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00598 del 17 luglio 2015

Erwägungen

E. 1

bis zum 31. Mai 2001 als Hausangestellte im Altersheim Y.____ tätig, wobei der letzte effektive Arbeitstag am 4. März 1999 war

(Urk. 6/ 3,

Urk. 6/21) . Unter Hinweis auf Ischialgien mit Schmerzausstrahlung bis in den linken Fuss, Schmerzen glut eal und sakral, Taubheitsgefühle

am linken Unterschenkel/Fuss lateral sowie belastungsabhängigen Schmerzen

meldete sie sich am 6. April 2000 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1). Die Sozialversiche rungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerb liche Situation (Urk. 6/

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 ver bleibende 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 Er werbs unfähigkeit 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. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 1. 2

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 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 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.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleich zustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.2

Nach Eingang des Revisionsfragebogens vom 8. Oktober 2012 (Urk. 6/76)

veranlasste die IV-Stelle insbesondere ein bidisziplinäres Gutachten in den Bereichen Rheumatologie und Psychiatrie, welches am 31. Mai 2013 und 18. Juni 2013 erstattet wurde (Urk. 6/88, Urk. 6/90). Die bidisziplinäre Zusammenfassung wurde am 20. Juni 2013 (Urk. 6/91) erstattet.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/97-99, Urk. 6/106) hob die IV-Stelle die bisherige halbe Rente mit Verfügung vom 2. Mai 2014 (Urk. 6/111 = Urk. 2) auf. 2.

Die Versicherte erhob am 30. Mai 2014 Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. Mai 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr weiter hin eine halbe Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 4. Juli 2014 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 14. Juli 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 1.3

Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen

Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E.

1c; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass seit jeher eine volle beziehungsweise 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und daher

nie eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Im psychiatrischen Gutachten habe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können.

Gemäss dem rheumatologischen Gutachten sei es im Vergleich zur Untersuchung im August 1999 zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Die damals diagnostizierten Beschwerden seien heute teils nicht mehr sichtbar oder würden keiner funktionellen Beeinträchtigung entsprechen. Dem zufolge sei es zu einer deutlichen Verbesserung des

Gesundheitszustandes gekommen und es liege nicht lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vor. Da sich ein Invaliditätsgrad von 0 % ergebe, bestehe kein Rentenanspruch mehr (S. 2).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) fügte sie ergänzend hinzu, es sei die Verfügung mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen, falls das Gericht von keiner Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgehe. 2.2

Demgegenüber vertrat die Beschwerdeführerin den Standpunkt (Urk. 1), das rheumatologische Gutachten taue nicht zum Nachweis einer revisionsrechtlich relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes (S. 5). Es sei nicht aufgezeigt worden, in welcher Weise sich welche konkrete tatsächliche Verbesserung des Gesundheitszustandes auf die Steigerung der Arbeitsfähigkeit auswirken würde. Da gemäss der gutachterlichen Beurteilung gar nie eine langan dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestanden habe, werde der im Wesentlichen seit der Zusprechung der Rente unverändert gebliebene Gesundheitszustand anders beurteilt.

Es könne daher dahin gestellt bleiben, ob die MRI-Aufnahme aus dem Jahr 2013 im Vergleich zu derjenigen aus dem Jahr 1999 überhaupt eine tatsächliche Veränderung an der Wirbelsäule zeige (S. 6). Zudem sei Dr. Z. ___ als Rheumatologin nicht fachkompetent zur Würdigung der radiologischen Aufnahmen. Es sei naheliegend, dass die MRI-Aufnahmen keinen verbesserten Zustand zeigten und in Bezug auf das Vorliegen einer Nervenkompression lediglich unterschiedliche radiologische Würdigungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Zustandes vorlägen. Die Tatsache, dass anlässlich der Untersuchung im Jahr 2013 erstmals der klinische Befund des fehlenden Achillessehnenreflexes als Hinweis auf die Nervenwurzelschädigung erhoben werden konnte, weise vielmehr auf eine Verschlechterung hin (S. 7).

Wäre im Übrigen ein Revisionsgrund gegeben, so hätten vorgängig die notwendigen beruflichen Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden müssen, werde die Rente doch schon seit 14 Jahren bezogen. Es bestünden keinerlei Anknüpfungspunkte für die sofortige erwerbliche Verwertbarkeit einer Restarbeitsfähigkeit durch eine zumutbare Selbsteingliederung (S. 8). Schliesslich sei auch die Bemessung des Invaliditätsgrades nicht haltbar (S. 9). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der rentenzusprechenden Verfügung vom 12. April 2002 (Urk. 6/37, Urk. 6/43) verändert hat, und gestützt darauf die Frage, ob die verfügte Aufhebung der Rente rechtmässig ist.

Als Vergleichszeitpunkt nicht massgebend sind die mit Mitteilungen vom 30. April 2004 (Urk. 6/50) und 21. September 2007 (Urk. 6/73) abgeschlossenen Revisionsverfahren, da in deren Rahmen keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung vorgenommen wurde (vorstehend E. 1.2). Das Einholen von Verlaufsberichten des behandelnden Arztes (Urk. 6/49, Urk. 6/59, Urk. 6/61, Urk. 6/71) reicht für die Annahme einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.5).

E. 3

-5, Urk. 6/7-8, Urk. 6/10-14) ab und verneinte mit Verfügung vom 18. Januar 2001 (Urk. 6/16) einen Anspruch auf berufliche Massnahmen.

Am 10. August 2001 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an, wobei sie in Bezug auf die Art der Behinderung auf die Angaben in der ersten Anmeldung verwies (Urk. 6/18). Die IV-Stelle klärte erneut die medizinische und erwerbliche Situation (Urk. 6/21-26, Urk. 6/28, Urk. 6/31) ab und zog die im Auftrag der Vorsorgeeinrichtung erstellten vertrauensärztlichen Gutachten bei (Urk. 6/27).

Daraufhin sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 12. April 2002 (Urk. 6/37, Urk. 6/43) bei einem Invaliditätsgrad von 59 % eine halbe Rente mit Wirkung ab dem 1. März 2000 zu.

Mit Mitteilungen vom 30. April 2004 (Urk. 6/50) sowie 21. September 2007 (Urk. 6/73) wurde der Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bestätigt.

E. 3.1

1

PD Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, informierte mit Schreiben vom 6. Februar 2001 (Urk. 6/22/5-6), dass eine klare S1-Ischialgie links bestehe. Zur Beurteilung der dorsalen Bandscheibenbegrenzung L4/5 und L5/S1 im Vergleich zu den Voraufnahmen werde eine CT-Kontrolle erfolgen. Je nach Ergebnis werde die Frage der operativen Dekompression primär L4/5 von links zu beantworten sein. Eine primäre Mitspondylodese sei bei ordentlichem Endzustand der Etage L4/5 eher problematisch, eine 2-Etagenspondylodese bei bereits chronifiziertem Verlauf kaum erfolgsversprechend. Es dürfte im heutigen Zeitpunkt bereits wenig realistisch sein, eine lumbale Schmerzfreiheit zu erzielen (S. 2).

Mit erneutem Schreiben vom 16. März 2001 (Urk. 6/22/7) führte PD Dr. H.____ aus, dass der Neurologe ein radikuläres Syndrom L5 und S1 links bestätigt habe und aufgrund der gemessenen Denervationen der Meinung sei, dass eine operative Behandlung zu erwägen wäre. 3.

E. 3.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Endokrinologie-Diabetologie, erstattete sein vertrauensärztliches Gutachten am 8. November 1999 (Urk. 6/27/18-21).

Dr. A.____

diagnostizierte eine Diskushernie L5/S1 links partiell luxiert mit deutlicher Dorsalverlagerung der Nervenwurzel S1 sowie eine Diskusprotrusion L4/5 wahrscheinlich nicht kompressiv (S. 2). Die Beschwerden hätten sich deutlich gebessert, so dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeit wieder zu 50 %

aufnehmen habe können. Bei erfolgreichem Verlauf sei eine volle Wiederaufnahme der Tätigkeit (Teilarbeit zu 80 %) ab Januar 2000 wahrscheinlich (S. 3).

E. 3.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, erstattete am 10. Januar 2000 sein vertrauensärztliches Gutachten (Urk. 6/27/10-16) und führte folgende Diagnosen auf (S. 5): - chronisches lumbospondylogenes / lumboradikuläres Syndrom links bei - grosser, nach unten luxierter Diskushernie L5/S1 medialateral links mit Kompression S1 links - kleine mediale Diskushernie L4/5,

wahrscheinlich ohne Kompression - Osteochondrosen L5/S1 und L4/5, lumbaler Morbus Scheuermann

Das Reflexbild habe sich im Verlaufe der Zeit wieder normalisiert. Allerdings seien offenbar die früher deutlich en

ischialgieformen Schmerzen im linken Bein zurückgekommen und es seien vermehrt lumbale Schmerzen aufgetreten. Dr. B.____ empfahl der Beschwerdeführerin daher eine intensive stationäre Behandlung in der Rheumaklinik im Stadtspital C.____

(S. 5). Die Beschwerdeführerin sei bis nach der erfolgten stationären Behandlung arbeitsunfähig. Der weitere Verlauf müsse abgewartet werden. Es sei zu hoffen, dass zumindest wieder eine Teilarbeitsfähigkeit erreicht werden könne (S. 6).

E. 3.4

Die Ärzte des Stadtspitals C.____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, informierten mit Schreiben vom 2. März 2000 (Urk. 6/7/3-5) über die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 18. Januar 2000 bis zum 17. Februar 2000 und führten folgende Diagnosen auf (S. 1): - lumboradikuläres Reizsyndrom, am ehesten S1 links sowie chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - mediolaterale Diskushernie L5/S1 mit wahrscheinlicher rezessaler

Nervenwurzelkompression S1 links, nach kausal luxiert, zum Teil verkalkt; kleine mediale Diskushernie L4/5 mit Duralsack-Eindellung L4/5; leichte Spondylarthrose L3-S1 - Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur - Status nach erfolglosem Sakralblock August 1999

Die Ärzten gaben an, dass auch wenn die Radikularität der Beschwerden nicht gesichert sei, die Schmerzen doch glaubhaft und wohl Ausdruck der schweren degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) mit medianer Hernie L4/5 und mediolateraler Hernie L5/S1 links seien (S. 2). Gemäss der neurochirurgisch-konsiliarischen Beurteilung führe ein mikrochirurgischer Eingriff allein nicht zu einer Schmerzbegrenzung. Angesichts der computertomographisch nachgewiesenen bisegmentalen Diskusläsion der beiden distalen Segmente seien schwere rückenbelastende Tätigkeiten nicht mehr möglich. In einer behinderungsgerechten, wechselbelastenden Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsfähig, wobei diese Tätigkeit keine stereotypen Körperhaltungen und kein Heben oder Tragen von Lasten von mehr als 10 kg umfassen solle (S. 3).

E. 3.5

Dr. B.____ (vorstehend E. 3.3) führte in seinem zweiten vertrauensärztlichen Gutachten vom 20. März 2000 (Urk. 6/27/6-9) aus, dass die intensive stationäre Behandlung leider nur eine geringe Verbesserung der Rückenbeschwerden gebracht habe. In dieser Situation sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit bis auf weiteres nicht mehr voll arbeitsfähig. Die Beschwerdeführerin solle nur zu 50 % arbeiten, das heisse 50 % vom bisherigen Pensum von 80 %. Dabei solle sie nicht mehr schwer tragen und eine möglichst Wechselpositionen beinhaltende Arbeit durchführen (S. 3).

E. 3.6

Dr. med .

D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Medizinische Onkologie, bestätigte mit Bericht vom 19. April 2000 (Urk. 6/7/1 2) die von den Ärzten des Stadtsitals C.____ (vorstehend E. 3.4) gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführerin seien schwere rückenbelastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin halbtags arbeitsfähig, wobei Reinigungsarbeiten schwerer Natur nicht mehr möglich seien. In einer behinderungsangepassten, wechselbelastenden Tätigkeit sei sie zu 50 % arbeitsfähig, wobei diese Tätigkeit keine stereotypen Körperhaltungen und kein Heben oder Tragen von Lasten von mehr als 10 kg umfassen solle (S. 2). Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (S. 1).

E. 3.8

Die Ärzte des Stadtsitals C.____ bestätigten mit Bericht vom 22. Juni 2000 (Urk. 6/4/1-3) ihre bisher gestellten Diagnosen sowie ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.4).

E. 3.9

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Privat-Klinik F.____,

informierte mit Schreiben vom 9. September 2000 (Urk. 6/10/5-6) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 11. August bis zum 1. September 2000. Er gab folgende Diagnosen an (S. 1): - linksseitige Lumboischialgien, vertebrogene Beschwerden bei - grösserer Diskushernie L5/S1 links, Tangierung der Wurzel S1 - Diskusprotrusion L4/5 - mehrsegmental degenerative Veränderungen - zervikospondylogene Beschwerden

Die Beschwerdeführerin habe von keiner therapeutischen Anwendung eine wesentliche Linderung erfahren können. Es sei leider kein erfreulicher Verlauf zu verzeichnen. Die Beschwerden in den Kreuzpartien hätten nicht beeinflusst werden können und es seien neue Beschwerden in der Halswirbelsäule (HWS) aufgetreten (S. 2). 3.

E. 3.10

).

Ein halbes Jahr nach dem besagten Gutachten von Dr. A.____ erachtete Dr. G.____ die Beschwerdeführerin aufgrund des eher schlechten Verlaufes allerdings als nur noch zu 50 % arbeitsfähig (vorstehend E. 3.13). Im Anschluss an diesen letzten Bericht von Dr. G.____ erliess die Beschwerdeführerin die rentenzusprechende Verfügung. Diese

Rentenzusprache erscheint aufgrund der gestellten Befunde und des schwankenden Gesundheitszustandes

zwar diskutabel, allerdings kam damals in der Zeit vor Verfügungserlass der radikulären Problematik S1 eine bedeutende Rolle zu, wobei sogar ein chirurgischer Eingriff erwogen wurde und sich die Beschwerdeführerin mehrmals in stationärer Therapie befand. Insofern ist die erfolgte Rentenzusprache aufgrund einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit vertretbar, handelt es sich doch bei der Beweiswürdigung der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit um eine Ermessensfrage. Dass ein anderer Entscheid allenfalls richtiger gewesen wäre, genügt nicht als Grund für eine Wiedererwägung (Urteil des Bundesgerichts 8C_779/2014 vom 6. Mai 2015 E.

4. 3-4) . 5.4

Nach dem Gesagten ist festzustellen, dass eine zweifellose Unrichtigkeit der rentenzusprechenden Verfügung vom 12. April 2002 (Urk. 6/37, Urk. 6/43) nicht ausgewiesen ist, weshalb die vorliegend angefochtene rentenaufhebende Verfügung vom 2. Mai 2014 (Urk. 2) nicht mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen ist. 6. 6.1

Zur Beurteilung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache

verbessert hat und somit ein Revisionsgrund vorliegt, ist auf das Gutachten von Dr. Z.____ (vorstehend E.

4.6) abzustellen. Sie berücksichtigte die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und erstellte das Gutachten in Kenntnis der Vorakten, wozu sie auch Stellung nahm. Sie bejahte gestützt auf die erhobenen Befunde ausdrücklich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, indem die im August 1999 festgestellte erhebliche Kompression der Wurzeltasche S1 links deutlich gebessert habe, da nun keine Kompression mehr sichtbar sei, sondern nur noch eine mögliche Beeinträchtigung. Ausserdem seien die vorhandenen degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS alle szintigraphisch nicht vermehrt aktiv. Die von Dr. Z.____ angenommene Verbesserung des Gesundheitszustandes wird dadurch plausibilisiert, dass die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung kein Schmerzmittel verwendete und auch die letzte physiotherapeutische Behandlung im Zeitpunkt der Untersuchung vor mehr als einem halben Jahr stattfand. Schliesslich gab Dr. Z.____ an, dass die Untersuchungen keine Hinweise auf die von der Poliklinik K.____ (vorstehend E.

4.3) zusätzlich gestellten Diagnosen einer Peritrochateritis rechts sowie einer Sehnenentzündung der Supraspinatus-Sehne links gezeigt hätten.

Aus dem Vorbringen, Dr. Z.____ sei zur Würdigung der radiologischen Aufnahmen nicht fachkompetent (Urk. 1 S. 7), kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Befunde wurden anhand der erfolgten Untersuchungen (MRI, Röntgen, Ultraschall, Szintigraphie) durch Dr. med. O.____ und Prof. Dr. med. P.____

formuliert (vgl. Urk. 6/88/49-53), wobei beide Ärzte über einen Facharztstitel für Radiologie verfügen. Die Fähigkeit zum Vergleich der durch die Radiologen schriftlich festgehaltenen Befunde und damit zur Beurteilung, ob insoweit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist, kommt jedem Arzt zu, folglich auch Dr. Z.____.

Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich gestützt auf die klinischen Beurteilungen von Dr. B.____ und Dr. G.____

in den Jahren 2000 und 2001 - also vor der Rentenzusprache

- geltend macht, die Verbesserung sei bereits damals eingetreten und stelle somit gar keine nachträgliche Veränderung dar (Urk. 1 S. 7 f.), so ist ihr entgegenzuhalten, dass damals ein schwankender Gesundheitszustand vorlag und kurz vor der Rentenzusprache von Dr. G.____ wiederum ein eher schlechter Verlauf attestiert wurde (vgl. vorstehend E.

5.3). Wenn Dr. G.____ ein halbes Jahr nach dem Gutachten von Dr. A.____, worin dieser erwähnte, dass das lumbale Schmerzsyndrom gegenüber früher nicht mehr so stark ausgeprägt gewesen sei (vorstehend E. 3.12), nur noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestierte, so erscheint es naheliegender, dass sich die vor dem

weniger starke Ausprägung des lumbalen Schmerzsyndroms wieder verstärkt haben muss. Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der für die Rentenzusprache entscheidende Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert hat (vorstehend E. 1.2). Damit besteht Anlass für eine Rentenrevision im Sinne von Art.

E. 3.13

Dr. G.____

(vorstehend E. 3.10) gab mit Bericht vom 29. Oktober 2001 (Urk. 6/28/4-5) an, dass die Situation unverändert sei. Eine operative Behandlung sei möglich. Die Prognose sei jedoch aufgrund der ausgedehnten Veränderungen unsicher. Der Verlauf sei eher schlechter. Auch eine leichte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin lediglich noch zu 50 % zumutbar (S. 2).

E. 3.14

Dr. med. I.____, praktische Ärztin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), empfahl am 17. Dezember 2001 – gestützt auf das Gutachten von Dr. B.____ und die Beurteilung von Dr. G.____ - die Berechnung auf der Basis einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vorzunehmen (Urk. 6/30). 4. 4.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 2. Mai 2014 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nachfolgenden Berichte. 4.2

Dr. med. J.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Leitender Arzt, Privat-Klinik F.____, informierte mit Austrittsbericht vom 9. November 2010 (Urk. 6/88/68-69) über die stationäre Rehabilitation der Beschwerdeführerin vom 26. Oktober bis zum 5. November 2010. Als Diagnosen führte er ein leichtgradiges diffuses myofasziales Beschwerdebild sowie eine Diskopathie L5/S1 auf. Das Beschwerdebild habe durch die therapeutischen Anwendungen nicht wesentlich beeinflusst werden können. Die Beschwerden hätten unter der therapeutisch erhöhten Belastung auch nicht zugenommen. Bei Beschwerden habe die Beschwerdeführerin nicht viele Medikamente genommen (S. 1). 4. 3

Die Ärzte der Poliklinik K.____, diagnostizierten mit Bericht vom 4. Januar 2011 (Urk. 6/78/2-3) ein linksseitiges akutes präzipitiertes zervikales und zervikozephalisches Syndrom, einen subakromialen Engpass der linken Schulter / Impingementsyndrom, eine thorakale Kyphoskoliose, eine zervikale und lumbale Spondylarthrose, eine Diskopathie L4/L5 und L5/S1, eine Peritrochanteritis der rechten Hüfte sowie statische Beschwerden (S. 1). 4.4

Dr. med. L.____, Facharzt für Radiologie, informierte mit Schreiben vom 15. März 2011 (Urk. 6/78/4) über die gleichentags erfolgte MRI-Untersuchung der HWS. Dabei führte er aus, dass ein schriftlicher Befund einer Voruntersuchung aus dem Jahr 2003 vorliege, die Bilder momentan aber nicht verfügbar seien. Wie bereits in der Voruntersuchung beschrieben, finde sich auf dem Niveau C5/C6 im Rahmen einer leichten Segmentdegeneration sowohl eine Spondylose wie auch eine mediolateral linksseitige Diskushernie mit umschriebener Impression des Duralsackes und leichter Einengung des linksseitigen Neuroforamens, wodurch wahrscheinlich die Nervenwurzel C6 links foraminal, allenfalls auch C7 spinal irritiert werde. 4.5

Dr. G.____ (vorstehend E. 3.10, E. 3.13) führte in dem am 30. Oktober 2012 bei der Beschwerde gegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 6/78/1) aus, dass der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 50 % bei einem vollen Pensum zumutbar wäre

und verwies in Bezug auf die Diagnosen auf den Bericht von Dr. L.____ (vorstehend E. 4.4).
4. 6

Am 22. Mai und 13. Juni 2013 erfolgte die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin in den Bereichen Rheumatologie und Psychiatrie (Urk. 6/87) .

Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH Z.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, erstattete ihr internistisch-rheumatologisches Teilgutachten am 31. Mai 2015 (Urk. 6/88 /1-48) und nannte dabei die nachfolgend gekürzt aufgeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 40) : - lumbospondylogenes Syndrom links bei - Osteochondrose L5/S1 Modic Typ 2 mit Diskusprotrusion mit zentralem Anulus -Riss und kleinem paramedianen Luxation des Recessus

lateralis links mit möglicher Beeinträchtigung der Nervenwurzel S1 links ohne Kompression - zervikospondylogenes Syndrom links bei - multisegmentalen degenerativen Veränderungen vor allem C4/ 5 und C5/ 6 mit linksbetonten Diskusprotrusionen , Spondylarthrosen und massiger bis ausgeprägter foraminaler Stenose C4/ 5 links und massiger foraminaler Stenose C5/ 6 links ohne Kompression neuraler Strukturen

Sie führte insbesondere aus, dass in der klinischen Untersuchung ein fehlender Achillessehnenreflex links der wesentlichste Befund sei . Alle drei Wirbelsäulenabschnitte seien normal beweglich. Es seien keine Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke vorhanden. Die ganze Muskulatur sei liegend geprüft nirgends verspannt. In der Dolorimetrie seien alle 18 Tender Points sowie alle acht Kontrollpunkte

pathologisch . Dies entspreche einem pathologischen Dolorimetrie -Befund im Sinne einer Schmerzausweitung. Die MRI-Untersuchung der LWS habe bildgebend eine deutliche Verbesserung zur Voruntersuchung im August 1999 gezeigt. Es sei keine erhebliche Kompression der Wurzeltasche S1 links mehr erkennbar, sondern nur noch eine mögliche Beeinträchtigung. Die MRI-Untersuchung der HWS im Mai 2013 zeige degenerative Veränderungen, jedoch keine Kompression oder Irritation neuraler Strukturen. Die gesamte Wirbelsäule sei szintigraphisch nicht vermehrt aktiv. Die degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS seien daher nicht aktiviert. Auch beide Schultergelenke, beide Ellbogen, beide Handgelenke und Hände, beide Hüftgelenke, beide Knie, beide Sprunggelenke und beide Vorfüsse seien szintigraphisch nicht vermehrt aktiv. Eine entzündlich-rheumatische Erkrankung oder aktivierte Arthrosen seien bildgebend nicht erkennbar. Insbesondere bestehe weder ein Hinweis auf eine Peritrochanteritis rechts noch auf eine Sehnenentzündung der Supraspinatus -Sehne links (S. 41). Es bestehe keine Ursache für eine deutlich verminderte Handkraft beidseits , weshalb in der Untersuchung eine Selbstlimitierung vorgelegen habe (S. 42).

Die Beschwerdeführerin könne eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % beziehungsweise ganztags ausüben , wobei sie leichte Lasten bis zu 10 kg heben oder tragen könne. In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin nie lang fristig arbeitsunfähig gewesen. Nicht angepasste Tätigkeiten könne sie seit dem 5. März 1999 nicht mehr ausüben. Die

Beschwerdeführerin habe im

Unter suchung s zeitpunkt kein Schmerzmittel eingenommen . Die medikamentöse Schmerztherapie habe daher noch ein grosses Optimierungspotenzial. Auch sei d ie letzte physiotherapeutische Behandlung vor mehr als einem halben Jahr gewesen. Solange die Beschwerdeführerin Beschwerde n angebe, sollte sie regelmässig physiotherapeutisch betreut werden. Die Prognose sei gut. Es sei wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin eine adaptierte Tätigkeit langfristig ausüben könne (S. 43 f.).

Schliesslich führte Dr. Z.____ aus, es sei zu einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen und es liege keine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vor . Die im August 1999 in der MRI-Untersuchung der LWS festgestellte erhebliche Kompression der Wurzeltasche S1 links habe deut lich gebessert. In der MRI-Untersuchung der LWS im Mai 2013 sei keine Kom pression mehr sichtbar, sondern nur noch eine mögliche Beeinträchtigung der Nervenwurzel S1 links. Ausserdem seien die vorhandenen degenerativen Verän derungen im Bereich der HWS und LWS alle szintigraphisch nicht vermehrt aktiv. Daher sei die klinische Bedeutung der vorhandenen degenerativen Verän derungen gering (S. 46). 4.7

PD Dr. med. M.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstat tete sein psychiatrisches Teilgutachten am 1 8. Juni 2013 (Urk. 6/90). Dabei gab er an , es könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 8). Für einen Teil der Schmerzen bestünden organische Korrelate , wobei diese nicht das ganze Ausmass der subjektiv beklagten Körperschmerzen erklären würden . Die Beschwerdeführerin habe bei der Schmerzschilderung nicht ausgestaltend oder verdeutlichend gewirkt, auch nie aggravierend oder begehrllich. Auch h ätten keine Hinweise für anhaltende psychosoziale Konflikte oder Belastungen eruier t werden können. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne daher nicht diagnostiziert werden. Die von der Be schwer deführerin beklagten Schmerzen seien aus psychiatrischer Sicht nicht begründbar. Die Schmerzen würden sie in ihrem Alltagsleben auch nicht rele vant beeinträchtigen (S. 9 f.). Es könne des Weiteren weder eine depressive Störung noch eine Affektpathologie oder eine Persönlichkeitsstörung diagnosti ziert werden. Als einzige psychiatrische Diagnose sei eine Benzodiazepinabhän gigkeit zu erwähnen, welche allerdings keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 10). Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit jeher sowohl in der ange stammten Tätigkeit als auch in jeglicher Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 11 ff.). Die Beschwerdeführerin bedürfe keiner psychiatri schen Behandlung (S. 12). 4.8

In der bidisziplinären Zusammenfassung vom 2 0. Juni 2013 (Urk. 6/91) führten Dr. Z.____ und PD Dr. M.____ die bereits in den Teilgutachten genannten Diagnosen mit Auswirkung en auf die Arbeitsfähigkeit auf. Die Beschwerdefüh rerin könne eine angepasste HWS- und LWS-schonende Tätigkeit zu 100 % be ziehungsweise während 40 Wochenstunden ausüben. Dabei könne sie Lasten bis zu 10 kg heben und tragen. Aus bidisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit nie langfristig arbeitsunfähig gewesen. 4. 9

Med. pract . N.____ , praktischer Arzt, RAD, empfahl in seiner Stellung nahme vom 1 3. August 2013 , auf die Gutachten abzustellen. Es könne seit jeher von einer vollen beziehungsweise 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptier ten Tätigkeit ausgegan n werden. Es habe nie eine lang andauernde Arbeits unfähigkeit bestanden. Die zumutbaren

Therapien seien ausgeschöpft und der aktuelle Zustand sei stabil. Die Prognose sei günstig (Urk. 6/96 S. 3). 5. 5.1

Vorab zu prüfen ist, ob die Verfügung vom 12. April 2002 (Urk. 6/37, Urk. 6/43) zweifellos unrichtig war, so dass die vorliegend angefochtene rentenaufhebende Verfügung vom 2. Mai 2014 (Urk. 2) mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen wäre (vorstehend E. 1. 3). 5.2

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche 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, Beweismwürdigung, 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 (nur), 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. Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG; Urteil des Bundesgerichts 8C_752/2010 vom 27. Januar 2011 E. 2). 5.3

Aus den vor der Rentenzusprache

im Jahr 2002 vorhandenen Berichten ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin mehrmals verändert hat und die der Beschwerdeführerin zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit von den involvierten Ärzten unterschiedlich eingeschätzt wurde. So wurde anfänglich von Dr. A.____ festgehalten, dass sich die Beschwerden gebessert hätten und er von einer vollen Wiederaufnahme der Tätigkeit ausgehe (vorstehend E. 3.2). Sodann kam es allerdings zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, wobei eine stationäre Therapie die Folge war. Nach der erfolgten Therapie wurde die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit als zu 50% arbeitsfähig (vorstehend E. 3.5-6) und in anderen Berichten als zu 80% arbeitsfähig (vorstehend E. 3.4, E. 3.8) erachtet. Anschliessend ist eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands anzunehmen, da insbesondere Dr. A.____ in seinem zweiten Gutachten erwähnte, dass das lumbale Schmerzsyndrom gegenüber früher nicht mehr so stark ausgeprägt sei und er zusammen mit Dr. G.____ davon ausgehe, dass keine Erwerbsinvalidität vorliege und die Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei (vorstehend E. 3.12), und auch Dr. G.____ in seinem eigenen Bericht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestierte (vorstehend E. 7).

E. 7

Dr. B.____ (vorstehend E. 3.3, E. 3.5) bestätigte mit Bericht vom 26. April 2000 (Urk. 6/8/3-4) die von ihm bereits gestellten Diagnosen (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei in der

bisherigen Tätigkeit ab sofort zu 4 Stunden pro Tag arbeitsfähig (S. 1 lit. e). Körperlich belastende Arbeiten seien nicht mehr durchzuführen (S. 2). Leichtere Arbeiten, beispielsweise in der Cafeteria, ohne Tragen von schwereren Gewichten, ohne Putzarbeiten, seien möglich. Wechselpositionen seien günstig (S. 1 lit. d).

E. 7.1

Das Bundesgericht geht in ständiger Rechtsprechung vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist (Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2. Auflage, Zürich 2010, S. 383). Praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann.

In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wie der) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder berufliche-rwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegen stehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass

die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 dahin gehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (E. 3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der

Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wieder einzugliedern. Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (vgl. erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5).

E. 7.2

Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2014 (Urk. 2) war die Beschwerdeführerin 50 Jahre alt und bezog die Rente seit März 2000, mithin seit 14 Jahren, so dass sie knapp nicht unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezügerkreis fällt. Sie gehört somit zur Gruppe der Versicherten, denen im Regelfall zumutbar ist, eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten.

Der Beschwerdeführerin wurde in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, wobei diese Tätigkeit HWS- und LWS-schonend sein soll und sie Lasten nur bis zu 10 kg heben und tragen kann. Tätigkeiten mit einem solchen, nicht allzu eingeschränkten Anforderungsprofil, sind auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausreichend vorhanden. Zudem bestand bereits bisher eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit, welche die Beschwerdeführerin allerdings nicht wahrnahm. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin, sie lebe seit über 15 Jahren im sozialen Rückzug und die angestammte Tätigkeit als Hausangestellte sei ihr gesundheitsbedingt nicht möglich (Urk. 1 S. 8), sind bei der vorliegenden Beurteilung nicht relevant. Es wird klar eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestiert, so dass die unbestrittene volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit unbeachtlich ist. Zudem sind nur somatische Befunde ausgewiesen und es liegen unbestrittenermassen keine psychiatrischen Diagnosen vor, welche einen sozialen Rückzug begründen könnten. Diesbezüglich gilt es ferner zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Exploration bei PD. Dr. M.____ selbst angab, dass sie einen guten Freundeskreis habe und sie sich in keiner Weise sozial zurückgezogen habe (Urk. 6/90 S. 6 unten).

Es sind demnach keine Anhaltspunkte ersichtlich, warum der Beschwerdeführerin die sofortige Verwertung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung objektiv nicht möglich sein sollte, weshalb vorgängige Eingliederungsleistungen – entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (vorstehend E.

2.2) - nicht notwendig sind. 8. 8.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen aufgrund eines Einkommensvergleichs vorzunehmen. 8.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). 8.3

Für die Bemessung des Valideneinkommens

stellte die Beschwerdegegnerin auf die Angaben des Alterswohnheims Y.____ ab, wonach die Beschwerdeführerin im Jahr 2000 ohne Gesundheitsschaden Fr. 54'572.--

verdient hätte (Urk. 2 S. 2). Dies ist aufgrund der Tatsache, dass das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst wurde (Urk. 6/21) und die Beschwerdeführerin seither mehrheitlich nichterwerbstätig war (Urk. 6/77), nicht zu beanstanden, wobei dieses Einkommens noch an die seither eingetretene Nominallohnentwicklung bei den Frauen anzupassen ist. Die Beschwerdegegnerin erwähnte in der Verfügung zwar die Nominallohnentwicklung, unterliess in der Folge allerdings die diesbezügliche Berechnung (vgl. Urk. 2 S. 2). Im Jahr 2014 ergibt sich somit

ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 66'023.--. 8.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches

tatsächlich erzielt es Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerehebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf der Grundlage der LSE kann ausnahmsweise

der Lohn eines einzelnen Sektors („Produktion“ oder „Dienstleistungen“) oder gar einer bestimmten Branche herangezogen werden, wenn es als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit im betreffenden Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63, 9C_237/2007 E.

5.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_667/2013 vom 29. April 2014 E. 5.3). 8.5

Seit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses im Jahr 2001 durch das Altersheim Y. ____ (Urk. 6/21 S. 1)

ging die Beschwerdeführerin mehrheitlich und auch im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung keiner Erwerbstätigkeit nach (Urk. 6/77), so dass es sich rechtfertigt, für die Berechnung des Invalideneinkommens auf die statistischen Werte der LSE abzustellen. Angesichts der Zumutbarkeit einer 100%igen behinderungsangepassten Tätigkeit steht der Beschwerdeführerin auch bei Beachtung dessen, dass diese HWS- und LWS-schonend sein soll und die Beschwerdeführerin Lasten nur bis 10 kg heben und tragen kann, eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es rechtfertigt sich daher, für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen.

Das im Jahr 2010 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 4'225.-- (LSE 2010, S. 26, Tabellengruppe TA1, Total, Niveau 4). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden und der allgemeinen Lohnentwicklung

bei den Frauen der Jahre 2011 bis 2014 in der Höhe von 1.0%, 1.0%, 0.7% und 1.0% angepasst (www.bfs.admin.ch, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit sowie Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne), ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 54'838.-- für das Jahr 2014 bei der 100%igen Arbeitsfähigkeit (Fr. 4'225.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.01 x 1.01 x 1.007 x 1.01). 8.6

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). 8.7

Das Belastungsprofil der behinderungsangepassten Tätigkeit rechtfertigt vorliegend keinen Abzug vom Tabellenlohn, umfasst der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 doch bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten.

Auch die Beachtung von Hebe- und Tragelimiten

rechtfertigen keinen Abzug (Urteile des Bundesgerichts 9C_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2 und 9C_454/2011 vom 30. September 2011 E. 4.3). Ebenfalls

begründet die fehlende Berufsausbildung der Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf einen Abzug, ist diese doch bei der Bestimmung des Anforderungsniveaus zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_427/2011 vom 15. September 2011 E. 5.2). Dem wurde hier Rechnung getragen, indem die Tabellenlöhne auf dem niedrigsten Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), welches keine Berufsausbildung erfordert, verwendet wurden. Die Beschwerdeführerin war allerdings während fast ihrer gesamten Berufszeit als Hausangestellte im Altersheim Y. tätig, wobei sie sehr lange vom Arbeitsmarkt abwesend war. Ob eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt immer zu einem Abzug vom Tabellenlohn führt, wurde im Urteil des Bundesgerichts 9C_315/2012 vom 18. September 2011 offengelassen (verneint im Urteil des Bundesgerichts 8C_594/2011 vom 20. Oktober 2011 E. 5

bei fast 10-jähriger Abwesenheit). Vorliegend erscheint allerdings aufgrund der Gesamtumstände ein leidensbedingter Abzug von 10 % als angemessen. Damit resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 49'354.-- (Fr. 54'838.-- x 0.9). 8.8

Der Vergleich des Invalideneinkommens von Fr. 66'023.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 49'354.--

ergibt eine Einkommensbusse von Fr. 16'669.-- und damit einen nicht rentenbegünstigenden Invaliditätsgrad von gerundet 25 %. Bei diesem Ergebnis steht der Beschwerdeführer

erdeführerin somit keine Rente der Invaliden versicherung mehr zu.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechters, was zur Abwei sung der Beschwerde führt. 9 .

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerle gen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - 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 Bundes gesetzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 MosimannKudelski

E. 10

Dr. med. G.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, verwies mit Bericht vom 2. Oktober 2000 (Urk. 6/10/3-4) in Bezug auf die Diagnosen im Wesentlichen auf die Berichtskopien der Privat-Klinik F.____ (vorstehend E. 3.9) sowie des Stadtspital s

C.____ (vorstehend E.

3.4). Die bisherige Tätigkeit im Haushaltsdienst mit 80%iger Anstellung sei aufgrund der gegebenen Veränderungen und Chronifizierung der Schmerzen zu streng und nicht mehr zumutbar. Aus psychischer Sicht bestünden keine Ein schränkungen. In einer behinderungs angepassten Tätigkeit sei die Beschwerde führerin zu 100 % arbeitsfähig, wobei es sich um eine leichte Tätigkeit ohne Heben von Gewichten, ohne gebückte Haltung, idealerweise mit Wechseln zwi schen sitzender und stehender Position, nicht in nasser und kalter Umgebung, Gehstrecken im Bereich von 500 m täglich, handeln sollte (S. 2).

Mit Schreiben vom 22. Januar 2001 (Urk. 6/22/3-4) gab Dr. G.____ an, es hätten alle bisher durchgeführten therapeutischen Massnahmen keine Verbesserung gebracht. Die Motivation der Beschwerdeführerin sei gut mit entsprechender Compliance. Sie habe allerdings Angst vor einer möglichen Operation. In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig. Sie habe über längere Zeit versucht, ein 40%iges Arbeitspensum aufrecht zu erhalten, wobei ihr dies nicht mehr zumutbar sei (S. 1).

E. 12

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.2) erstattete sein zweites vertrauensärztliches Gutachten am 17. April 2001 (Urk. 6/27/2-5, unvollständige Kopie) und führte folgende Diagnosen auf (S. 3): - chronisches lumbospondylogenes und lumboradikuläres

Syndrom links bei - mediolateraler Diskushernie L5/S1, luxiert mit deutlicher Dorsalverlagerung der Nervenwurzel S1 - medialer Diskushernie L4/5

Bei der Untersuchung sei aufgefallen, dass das lumbale Schmerzsyndrom gegenüber früher nicht mehr so stark ausgeprägt gewesen sei. Er sei deshalb zusammen mit Dr. G.____ der Ansicht, dass keine Erwerbsinvalidität vorliege. Für eine körperlich leichtere Arbeit, die möglichst Wechselpositionen beinhalte und kein Tragen von Gewichten über 10 kg bedingende, sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig (S. 4).

E. 17

Abs. 1 ATSG. 6.2

Auch in Bezug auf die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Rentenrevision ist auf die Ausführungen von Dr. Z.____ abzustellen. So erscheint ihre Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin eine nicht angepasste Tätigkeit nicht mehr ausüben könne, indessen in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, aufgrund der erhobenen Befunde sowie des Aufgabengebiets einer Hausangestellten als nachvollziehbar und plausibel.

Daran vermag auch die abweichende Einschätzung des behandelnden Arztes

Dr. G.____ (vorstehend E. 4.5) nichts zu ändern, welcher die Beschwerdeführerin als zu weiterhin 50 % arbeitsfähig in einer adaptierten Tätigkeit erachtete. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung kann zwar oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen, doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2). Solche Gesichtspunkte sind nicht ersichtlich, insbesondere führte Dr. G.____ nicht aus, aufgrund welcher Einschränkungen sich eine reduzierte Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ergibt. Im Übrigen 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). 6.3

Nicht einleuchtend ist hingegen die retrospektive Feststellung von Dr. Z.____, die Beschwerdeführerin sei nie längerfristig arbeitsunfähig gewesen, da dies insbesondere im Widerspruch steht zu einem Teil der früheren Beurteilungen, welche nicht zweifellos unrichtig waren (vorstehend E. 5.3). Diese Feststellung

ist allerdings nicht geeignet, die Kernaussage des Gutachtens, das heisst die bildgebend nachgewiesene Verbesserung des Gesundheitszustands und die plausible Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, in Frage zu stellen. Demzufolge ist die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit erst ab dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung, das heisst ab dem 22. Mai 2013, gegeben. 6.4

Zusammenfassend ist vorliegend ein verbesserter Gesundheitszustand und somit ein Revisionsgrund ausgewiesen, wobei festzustellen ist, dass die Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit seit dem 22. Mai 2013 zu 100 % arbeitsfähig ist. 7.

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