

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00542 vom 12. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00542

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00542 du 12 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00542 del 12 giugno 2018

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Am 1. April 2014 ersuchte die Versicherte unter Hinweis auf Schmerzen und Schwellungen an beiden Handgelenken bei Belastung sinngemäss um eine Erhöhung der Invalidenrente (Urk. 8/75). Nach Eingang mehrerer Arztberichte (Urk. 9/78 f.), eines Auszuges aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 8/87) sowie eines Haushaltsabklärungsberichtes (Urk. 8/90) gab die IV-Stelle bei der D.____, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (D.____-Gutachten vom 9. Oktober 2015, Urk. 8/106). Mit Vorbescheid vom 26. Oktober 2015 stellte sie der Versicherten die Aufhebung der Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht (Urk. 8/109), wogegen diese Einwand erhob (Urk. 8/111, 8/126). Die IV-Stelle erteilte daraufhin Kostengutsprache für eine Potentialabklärung (Urk. 8/155) und richtete Taggelder aus (Urk. 8/160). Am 7. Februar 2017 orientierte sie die Versicherte über den Abschluss der Arbeitsvermittlung, da eine Integration in den Arbeitsmarkt innert angemessener Frist nicht gelungen sei (Urk. 8/174). Am 3. April 2017 verfügte sie schliesslich im Sinne des Vorbescheids, wobei sie einer allfälligen Beschwerde die auf schiebende Wirkung entzog (Urk. 8/180 = Urk. 2).

E. 1.3.1

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 9C_261/2009 vom 1. 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 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3.2

Ein Revisionsgrund ist unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt, wobei allerdings nicht ohne zwingende Notwendigkeit von den der ursprünglichen Invaliditätsschätzung zugrunde gelegten Bemessungskriterien abgewichen werden soll. So hat das Bundesgericht wiederholt entschieden, dass die in einem bestimmten Zeitpunkt massgebende Methode der Invaliditätsschätzung die künftige Rechtsstellung der versicherten Person nicht präjudiziert, sondern dass die alternativen Kriterien der Erwerbsunfähigkeit einerseits und der Unmöglichkeit der Betätigung im nicht erwerblichen Aufgabenbereich andererseits im Einzelfall einander ablösen können (BGE 113 V 273 E. 1a mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts I 850/05 vom 21. August 2006 E. 4.1).

E. 1.4

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 15. Mai 2017 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlich geschuldeten Leistungen zuzusprechen. Mit Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2017 (Urk. 7) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, worüber die Versicherte mit Verfügung vom

29. Juni 2017 (Urk. 9) in Kenntnis gesetzt wurde.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 3. April 2017 (Urk. 2) im Wesentlichen auf den Standpunkt, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass keine somatischen oder psychischen Funktionsstörungen mehr vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten einschränken würden. In einer angepassten Tätigkeit ohne Hantieren von Lasten von mehr als zwei bis drei Kilogramm sowie ohne erhöhte Anforderungen an die Geschicklichkeit und Greifkraft der Hände bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Da sich der Invaliditätsgrad auf 0 % belaufe, bestehe kein Rentenan spruch mehr. An den angebotenen Eingliederungsmassnahmen habe die Beschwerdeführerin leider mit der Begründung, dies sei ihr aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, nicht aktiv teilgenommen.

E. 2.2

In ihrer Beschwerdeschrift vom 15. Mai 2017 (Urk. 1) brachte die Versicherte zusammengefasst vor, auf das D.____-Gutachten vom 9. Oktober 2015 könne nicht abgestellt werden. Weder die neuropsychologische noch die psychiatrische Teilexpertise seien nachvollziehbar. Darüber hinaus seien ihre ausgewiesenen körperlichen Einschränkungen - insbesondere an den Handgelenken - so umfangreich, dass selbst auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine angepasste Tätigkeit gefunden werden könne. Im D.____-Gutachten werde im Weiteren ausdrücklich festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten Rentenrevision nicht wesentlich verändert habe, weshalb es sich um eine einmalige, unterschiedliche Würdigung desselben Sachverhalts handle. Hinzu komme, dass eine Einstellung der Rente gemäss bundesgerichtlicher Praxis ohne vorgängige Eingliederungsmassnahmen nicht möglich sei. Entsprechende von der IV-Stelle vorgenommene Massnahmen seien allerdings aufgrund des schlechten Gesundheitszustandes gescheitert. Schliesslich dürfe nicht unbeachtet bleiben, dass sie [die Versicherte] beinahe 59 Jahre alt sei und seit 26 Jahren eine Rente beziehe. Unter weiterer Berücksichtigung des komplexen Krankheitsbildes, der mangelnden sprachlichen und geistigen Fähigkeiten sowie der mangelnden Ausbildung sei nicht mehr von einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit auszu gehen (zum Ganzen Urk. 1 S. 10 ff.).

3. 3.1

Die IV-Stelle sprach der Beschwerdeführerin erstmals mit Verfügung vom 23. September 1992 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 8/2 f.). Diesen Anspruch bestätigte sie in der Folge mehrfach, wobei als zeitliche Vergleichsbasis für die vorliegend strittige Revisionsverfügung die Verfügung vom 23. November 2004 (Urk. 8/44) heranzuziehen ist, da jene unter Berücksichtigung des polydisziplinären C.____-Gutachtens vom 5. April 2002 (Urk. 8/32) auf einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätssbemessung beruhte (vgl. E. 1.3). Der genannten Expertise sind die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 8/32/19): - Chronifizierte myofasziale Schmerzsymptomatik paracervical und am Schultergürtel beidseits bei - muskulärer Dysbalance, muskulärer Insuffizienz, konsekutiver Überlastung der Kopfgelenke mit reversibler Funktionseinschränkung, - Konversionssymptomatik, chronifiziert und fixiert, - Mittelschwere Beeinträchtigung der

kognitiven Basisfunktionen - Konzentrationsschwäche, defizitäre fokussierte Aufmerksamkeit.

Aus dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. E.____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, geht hervor, dass die Untersuchung der Versicherten schwergewichtig eine ausgeprägte muskuläre Dysbalance mit chronifiziert myofaszialer Schmerzsymptomatik paracervical und am Schultergürtel beidseits ergeben habe. Dies löse auch Ausstrahlungen und Projektionen von Schmerzen in die suboccipitale und occipitale Region aus. Hinweise für eine Facettengelenks- oder radikuläre Symptomatik seien nicht vorhanden gewesen. Ein funktionelles Thoracic-Outlet-Syndrom habe ebenfalls nicht vorgelegen. Die Halswirbelsäule sei praktisch ohne degenerative Veränderung gewesen, sodass hier ein relevanter vertebrogener Anteil ausgeschlossen werden könne. Die zurzeit suboccipital lokalisierten Funktionsstörungen seien Ausdruck der konsekutiven Überlastung dieses Abschnittes bei Fehlhaltung der Brustwirbelsäule und des cervicothorakalen Überganges. Im Rahmen der Untersuchung sei eine inkonstante Schmerzangabe mit zeitweiser Tendenz zu demonstrativen Schmerzbekundungen aufgefallen. Zusammen mit der offenbar bisher beurteilten psychogenen Ursache eines rechtsseitigen Hemisyndroms müsse als Ursache für die Chronifizierung der Schmerzen eine psychische Schmerzstörung in Betracht gezogen werden, welche unter Umständen medikamentös oder aber mittels kognitiven Verhaltenstherapien beeinflusst werden könnte. Aus rein rheumatologischer Sicht seien der Versicherten schwere und mittelschwere Arbeiten aufgrund der muskulären Dysbalance nicht mehr zumutbar. Für leichte Tätigkeiten bestehe jedoch keine Arbeitsunfähigkeit (zum Ganzen Urk. 8/32/13 f.).

Die neuropsychologische Untersuchung habe gemäss Dipl.-Psych. F.____ durchgängig formal mittelschwere Beeinträchtigungen der kognitiven Basisfunktionen ergeben. Die Minderfunktionen würden sich in Verlangsamungen und Kapazitätsminderungen der sensorischen Reizverarbeitung, Konzentrationsschwächen und defizitärer fokussierter Aufmerksamkeit darstellen. Die Befundlage dokumentiere weniger Hinweise auf eine strukturelle hirnanorganische Läsion als vielmehr eine sekundäre, unspezifische Aufmerksamkeitsstörung im Rahmen protraumatisierter Krankheitsverarbeitung bei somatoformem Kognitionsmuster (Urk. 8/32/29).

Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer Teilexpertise fest, die Versicherte sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Ihr Auftreten sei generell unsicher gewesen, eine gewisse Ängstlichkeit und Scheu gegenüber Neuem sei aufgefallen. Sie habe über wechselnde Symptome geklagt, die mit einem erhöhten Aktivierungszustand des vegetativen Nervensystems im Zusammenhang zu stehen scheinen (unter anderem Schweißausbrüche und Verdauungsschwierigkeiten). Die Lähmungen und Schmerzen seien fast konstant vorhanden. Zusätzlich sei sie enorm vergesslich geworden und könne sich kaum längere Zeit auf ein Thema konzentrieren. Sie habe das Gefühl, unter Auffassungsstörungen zu leiden. Im Weiteren traue sie sich aufgrund von Schwindelattacken, manchmal gefolgt von Ohnmacht, kaum mehr alleine aus dem Haus. An Tagen, an denen sie unter starken Migränezuständen leide, könne sie gar nichts mehr unternehmen. Auch sonst sei sie oft zu schwach, um Verrichtungen im Haushalt zu erledigen. Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Exploration lebhaft und flüssig gesprochen. Der Affekt sei in Kontrast zu den Defiziten und Problemen gestanden, die ihren Alltag beherrschten und letztlich zu einer weitgehenden Invalidität führten. Die Art, wie die Versicherte berichtet habe, nichts mehr machen zu können - offensichtlich

emotional unbetroffen - sei ein Stück weit irritierend gewesen. Suizidalität sowie Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen habe die Versicherte im Übrigen verneint. Der Schlaf sei durch häufige Aufwachphasen gestört (Urk. 8/32/16 f.). Auf der Befundebene sei insgesamt ein abnormes Krankheitsverhalten aufgefallen. Die Versicherte scheine völlig überzeugt zu sein, schwer krank zu sein und habe sich dementsprechend die letzten zehn Jahre verhalten. Es sei wahrscheinlich, dass bereits seit den frühen 90er Jahren eine Konversionssymptomatik vorliege, die sich über all die Jahre chronifiziert und fixiert habe. Eine zusätzliche Verschlechterung habe stattgefunden, nachdem die Versicherte 2001 zwei Auffahrunfälle erlitten habe (vgl. Urk. 8/32/8). Im Rahmen einer pathologischen Unfallverarbeitung hätten sich Zeichen einer Angsterkrankung sowie einer Verstärkung des zuvor schon vorliegenden charakteristischen Schmerzverhaltens mit Fixierung auf den Schmerz ergeben. Dies habe zu einer weiteren körperlichen Schonung und Dekonditionierung, verbunden mit sozialem Rückzug und vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie unterstützender Massnahmen durch Hilfspersonen geführt. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich aufgrund der Konversionsstörung aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % für die Tätigkeit als Hilfsarbeiterin. Für die Tätigkeit als Hausfrau bestehe sicherlich eine mindestens 50%ige krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/32/17 f.). 3.2

3.2.1

Im Rahmen des zu beurteilenden Rentenrevisionsverfahrens stellte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Wesentlichen wie folgt dar:

Vom 29. September bis 3. Oktober 2012 war die Versicherte im H.____ hospitalisiert, nachdem sie gestolpert und auf beide ausgestreckte Hände gefallen war. Bei beidseits dorsal dislozierter Fraktur an den Handgelenken wurde eine operative Sanierung durchgeführt (Urk. 8/79/12 ff.). Zwecks Behandlung von Restbeschwerden, schnellenden Daumen beidseits sowie bei einem hoch gradigen Verdacht auf eine Reizung des Nervus medianus mit begleitendem Karpaltunnelsyndrom links erfolgte am 25. Juni 2013 eine weitere Operation (Urk. 8/79/7). Sowohl das Karpaltunnelsyndrom als auch die Triggerfingerproblematik hätten sich gemäss Angaben der Versicherten daraufhin deutlich gebessert; ulnarwärts, zentral über Narbe, sowie im Bereich des medialseitigen Ellbogens und der linken Schulter habe sie jedoch noch über Beschwerden geklagt. Radiologisch habe sich allerdings ein schönes Zustandsbild gezeigt, weshalb eine gewisse Schmerzverarbeitung[störung] für die Beschwerdesituation als ursächlich erachtet wurde (Urk. 8/79/1). 3.2.2

Gemäss polydisziplinärem D.____-Gutachten vom 9. Oktober 2015 würden sich die beidseitigen Handgelenksschmerzen, links mehr als rechts, auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirken. Folgende Diagnosen seien demgegenüber ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/106/56, 8/106/72): - Chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom mit/bei: - Fehlhaltung der Hals- und Brustwirbelsäule mit diskret beginnenden degenerativen Veränderungen und muskulärer Dysbalance, - Anteile einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), - Funktionelles Hemisyndrom beziehungsweise Minderinnervation des rechten Arms und des rechten Beins ohne nachweisbare organisch-neurologische Ursache, - Verdacht auf Carpal-tunnelsyndrom rechts, - Essentielle arterielle Hypertonie, medikamentös eingestellt, - Rezidivierende Harnwegsinfektionen mit Stressinkontinenz, - Osteoporose.

Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gelangte zum Schluss, der internistische Status der Versicherten sei an sich unauffällig ohne Nachweis einer kardiopulmonalen Pathologie. Weder die Hypertonie noch die urologische Problematik würden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen. Dies gelte ebenfalls für die dokumentierte Osteoporose mit erhöhten Frakturrisiken, die ein behandelbares Leiden sei. Insgesamt bestehe aus internistischer Sicht für alle bisherigen Tätigkeitsbereiche eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/106/61, vgl. zudem Urk. 8/106/27-29).

Aus dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. J.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, geht hervor, dass die Beschwerdeführerin berichtet habe, überall am Körper gleich starke Schmerzen zu haben. Es sei ein Dauerschmerz tags und weniger auch nachts, unabhängig vom Wetter und der Belastung. Diese Beschwerden bestünden seit 25 Jahren und hätten an Intensität zugenommen. Die Untersuchung habe eine äusserst schmerzempfindliche Versicherte in gutem Allgemeinzustand gezeigt. Die rheumatologisch-pathologischen Befunde seien sehr mager ausgefallen. Im Bereich der Wirbelsäule hätten sich keine funktionellen Störungen ergeben. Die schmerzhafteste Muskulatur sei dem Ganzkörpersyndrom zuzuordnen; die Fehlhaltung und die degenerativen Veränderungen seien kaum erwähnenswert. Im Bereich der oberen und unteren Extremitäten fehle eine radikuläre oder spondylogene Symptomatik. Ein entzündlich-rheumatisches Geschehen könne ebenfalls ausgeschlossen werden. Die Beschwerden im Bereich der Hände stünden in Diskrepanz zu den objektivierbaren, bildgebenden Befunden. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Zylindermontage zu 100 % arbeitsfähig. Im Haushaltsbereich liege die Einschränkung bei maximal 30 %. In einer dem körperlichen Leiden angepassten Verweistätigkeit - ohne Hantieren mit Lasten über zwei bis drei Kilogramm und ohne erhöhte Anforderungen an die Geschicklichkeit sowie Greifkraft der Hände - bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/106/35).

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, hielt in seiner Teilexpertise fest, dass sich die in den aktenkundigen Vorbefunden beschriebene Minderinnervation der rechten Körperhälfte in nur noch sehr leichtem Ausmass wiederfinde. Es sei von einer funktionellen Genese der residuellen Schwäche auszugehen. Die zusätzlich von der Versicherten beklagte, circa zwei Mal pro Jahr auftretende Drehschwindelproblematik sei am ehesten auf eine peripher-vestibuläre Ursache zurückzuführen. Für eine zentralnervöse Ursache gebe es keine Anhaltspunkte. Die beklagte Schmerzsymptomatik beziehe sich auf die Handgelenke und sei nicht neurogen bedingt. Die überlagernd in plausibler Art und Weise auftretenden Fühlstörungen an der rechten Hand würden anamnestisch gut zu einem Carpaltunnelsyndrom passen. Dieses sei prinzipiell behandelbar und für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von Relevanz. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit insgesamt nicht eingeschränkt (Urk. 8/106/38).

Gegenüber Dr. phil. L.____, Neuropsychologin, habe sich die Versicherte dahingehend geäussert, sehr vergesslich zu sein. Seit den zwei Autounfällen sei sie zudem sehr schnell müde. Sie habe deutliche Einschlafschwierigkeiten und wache häufig drei Stunden nach dem Einschlafen auf (Urk. 8/106/41). Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich Leistungseinbussen im Bereich der Lern- und Gedächtnisfunktionen, der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen, der Exekutiv-Funktionen sowie eine generell deutlich verlangsamte Bearbeitungszeit einiger Aufgaben gezeigt. Das kristalline Intelligenzniveau habe auf eine niedrige Intelligenz hingewiesen. Gesamthaft würden sich

die neuropsychologischen Befunde weitgehend mit denjenigen decken, die Dipl.-Psych. F.____ im Jahr 2002 beschrieben habe. Bei länger als sechs Monate persistierenden kognitiven Defiziten müsse angenommen werden, dass psychische Störungen, Medikamentennebenwirkungen, ein sekundärer Krankheitsgewinn oder schwierige psychosoziale Verhältnisse ursächlich seien oder wesentlich zur Aufrechterhaltung der kognitiven Leistungseinbußen bei tragen. Im Fall der Versicherten könnten die subjektive Schmerzsymptomatik, die eher schlechte Schlafqualität sowie die fremdanamnestic eher tiefe Stimmungslage relevante Faktoren darstellen. Die einfache intellektuelle Struktur wirke verstärkend. Das kognitive Leistungsniveau sei wahrscheinlich im Lauf der Jahre im Sinne einer Dekonditionierung deutlich gesunken (Urk. 8/106/46).

Med. pract. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrer Teilexpertise aus, die Versicherte sei im Rahmen der Exploration wach sowie örtlich, zeitlich, zur Person und situativ voll orientiert gewesen. Beeinträchtigungen der Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses hätten sich nicht ergeben. Ängste, Phobien oder Zwänge mit Krankheitswert hätten nicht eruiert werden können. Das Verhalten sei sozial und situativ adäquat gewesen. Die Stimmungslage sei ausgeglichen gewesen, bei gut erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit und gut herstellbarem Rapport. Die Beschwerdeführerin habe des Weiteren relativ unbeteiligt über die aktuellen Symptome berichtet; Schmerzäußerungen oder Schmerzgebaren in Mimik und Gestik hätten sich nicht gezeigt. Überdies seien weder inhaltliche noch formale Denkstörungen oder Wahrnehmungsstörungen aufgefallen. Anhaltspunkte für Fremd- oder Selbstgefährdung hätten nicht bestanden (Urk. 8/106/52 f.). Aus rein psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden, sodass eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden müsse. Die von der Versicherten noch angegebene, ab und zu auftretende Schwäche im rechten Bein entspreche nicht einer Bewegungsstörung, wie sie 2002 von Dr. G.____ diagnostiziert worden war. Die Schwäche habe im Rahmen der Begutachtung nicht beobachtet werden können. Die Beschwerdeführerin habe sich auch zu keinem Zeitpunkt in psychiatrischer Behandlung befunden. Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung sei ebenfalls zu verneinen. Der Schmerz werde von der Versicherten nicht als schwer und quälend umschrieben. Im Übrigen trete eine solche Erkrankung in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf, sodass gewöhnlich eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung die Folge sei. Dies sei hier allerdings nicht der Fall (Urk. 8/106/54 f.).

Aus interdisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten als auch in jeder angepassten Verweistätigkeit - ohne Hantieren mit Lasten über zwei bis drei Kilogramm und ohne erhöhte Anforderungen an die Geschicklichkeit sowie die Greifkraft der Hände - zu 100 % arbeitsfähig. Für den Haushaltsbereich liege die Einschränkung bei maximal 30 % (Urk. 8/106/64 ff.). Gesamthaft habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten gegenüber der letzten Rentenrevision nicht wesentlich verändert. Neu hinzugekommen seien die Handgelenksfrakturen, welche inzwischen gut verheilt seien. Die leichten Restbeschwerden würden zu qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führen. Die im C.____-Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 %, welche mit einer Konversionsstörung begründet worden sei, sei nicht mehr gerechtfertigt, zumal diese Diagnose aktuell nicht mehr gestellt werden könne und auch sonst keine somatischen oder psychischen Funktionsstörungen vorlägen (Urk. 8/106/75). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat (vgl. E. 2.1 f.). In diesem Zusammenhang ist zunächst zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt. Die Beschwerdegegnerin erachtete einen solchen gestützt auf das D.____-Gutachten vom 9. Oktober 2015 (Urk. 8/106) als gegeben, da sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten gebessert habe (Urk. 2 S. 2).

Das polydisziplinäre D.____-Gutachten basiert auf umfassenden internistischen, rheumatologischen, neurologischen, neuropsychologischen sowie psychiatrischen Untersuchungen, wobei ergänzend insbesondere auch eine Blutanalyse durchgeführt und radiologische Befunde erhoben wurden (Urk. 8/106/29, 8/106/33). Die Expertise wurde des Weiteren in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 8/106/2 ff.). Die Versicherte konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern ihre aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 8/106/23 ff., 8/106/31, 8/106/35 ff. und 8/106/50 ff.). Namentlich im Rahmen der psychiatrischen Exploration konnte sie sich zu diversen Themenbereichen wie ihrem beruflichen Werdegang, dem gewöhnlichen Tagesablauf und der familiären Situation äussern (Urk. 8/106/50 ff.). Die geklagten Leiden fanden im Zuge der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dargelegt und erläutert wurden (Urk. 8/106/33 ff., 8/106/38 und 8/106/53 ff.). Soweit möglich erfolgte überdies eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 8/106/46, 8/106/54 f. und 8/106/60 ff.). Insgesamt erfüllt das D.____-Gutachten sämtliche praxismässigen Kriterien an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 1.4).

4.2 4.2.1

Die Beschwerdeführerin macht geltend, auf das Gutachten könne aus verschiedenen Gründen nicht abgestellt werden. Sowohl die Kritik an der neuropsychologischen als auch an der psychiatrischen Teilexpertise (Urk. 1 S. 10 f.) erweist sich indes als unsubstantiiert. Die Versicherte zeigt nicht auf, hinsichtlich welcher konkreten Gesichtspunkte diese medizinischen Beurteilungen unklar und vage ausgefallen sein sollen. Es liegen insbesondere auch keine (fach-)ärztlichen Stellungnahmen vor, die Anlass geben, an der Beweiskraft der genannten Teलगutachten zu zweifeln. Insbesondere auf die Berichte der behandelnden Ärzte Dr. med. N.____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin (Urk. 8/159, 8/172), und Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 8/171/1-5), kann nicht abgestellt werden, zumal diesen keine objektive Befunderhebung zu entnehmen ist. Bei der von Dr. O.____ angeführten chronischen Depression handelt es sich ausserdem um eine fachfremde Diagnose. Aus den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte gehen insgesamt keine wichtigen Aspekte hervor, die bei der D.____-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Folglich ist auch die Erfahrungstatsache zu beachten, wonach behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten 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, Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen). Hinsichtlich der übrigen von der Versicherten angeführten ärztlichen Beurteilungen (vgl. Urk. 1 S. 10 Ziff. 3.1) bleibt anzufügen, dass diese bereits mehrere Jahre respektive gar Jahrzehnte zurückliegen (vgl. Urk. 8/8 f., 8/32) und folglich nicht mehr als Grundlage für eine aktuelle Beurteilung des

Gesundheitszustandes her angezogen werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_551/2015 vom 17. März 2016 E. 6 mit Hinweis). 4.2.2

Die Beschwerdeführerin rügt überdies, im D.____-Gutachten sei ausdrücklich festgehalten worden, dass sich ihre gesundheitliche Situation seit der letzten Rentenrevision nicht wesentlich verändert habe. Es handle sich daher um eine einmalige, unterschiedliche Würdigung desselben Sachverhalts (Urk. 1 S. 11).

Der Einwand der Versicherten erweist sich auf den ersten Blick als berechtigt. Der Expertise ist in der Tat zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand gegenüber der letzten Rentenrevision nicht wesentlich verändert habe. Diese Aussage wird jedoch sogleich im selben Abschnitt relativiert, indem ausgeführt wird, die im C.____-Gutachten (Urk. 8/32) attestierte hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70 % lasse sich nicht mehr rechtfertigen, da die damals massgebliche Diagnose einer Konversionsstörung zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr gestellt werden könne (Urk. 8/106/75). Med. pract. M.____ führte in die sem Kontext aus, die von der Versicherten noch angegebene Schwäche im rechten Bein, welche noch ab und zu auftrete, entspreche nicht einer Konversionsstörung, wie sie Dr. G.____ 2002 diagnostiziert habe (vgl. Urk. 8/32/17 f.). Die Schwäche habe im Rahmen der Untersuchung auch nicht beobachtet werden können. Entsprechend stellte med. pract. M.____ keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Den festgestellten Anteilen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sprach sie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ebenfalls ab, was mit Blick auf die diesbezüglich anwendbare bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 141 V 281; strukturiertes Beweisverfahren) ohne Weiteres überzeugt. Namentlich befand sich die Versicherte zu keinem Zeitpunkt in psychiatrischer Behandlung (Urk. 8/106/25 f., 8/106/51). Die vorhandene Tagesstruktur, das intakte Eheleben, die regen sozialen Kontakte sowie die unternommenen Reisen nach Italien (Urk. 8/106/24, 8/106/49-52 und 8/157/7) sprechen ebenso gegen einen ausgeprägten Leidensdruck. Im Übrigen wiesen die Gutachter darauf hin, dass eine Aggravation nicht ausgeschlossen werden könne und ein dysfunktionales Krankheitsverhalten mit Tendenzen zur Selbstlimitierung vorliege (Urk. 8/106/67, 8/106/69 f.). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin wird in Anbetracht all dieser Gegebenheiten eine wesentliche Besserung der psychischen Situation deutlich.

In somatischer Hinsicht ist ferner trotz der im Oktober 2012 erlittenen Verletzungen an den Handgelenken nicht von einer massgeblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. Die operative Versorgung ergab gemäss den radiologischen Untersuchungen ein zufriedenstellendes Ergebnis; für die weiterhin von der Versicherten beklagten Schmerzen fand sich kein organisches Korrelat (vgl. E. 3.2.1). Die Verletzungen haben ausserdem gemäss der überzeugenden Beurteilung der Gutachter nur Einschränkungen in Bezug auf die zumutbaren Tätigkeitsgebiete zur Folge, nicht aber auf die Arbeitsfähigkeit an sich (vgl. Urk. 8/106/35, 8/106/64 f.).

Insgesamt ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin angesichts des wesentlich gebesserten psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten einen Revisionsgrund bejahte (vgl. E. 1.3.1). 4.2.3

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass auch in Anbetracht der Veränderung der sozialversicherungsrechtlichen Qualifizierung von einem Revisionsgrund auszugehen ist (vgl. E. 1.3.2). So basierte die als Vergleichsbasis dienende Verfügung vom 23. November 2004 (Urk. 8/44) auf der Annahme, dass die Versicherte im Gesundheitsfall jeweils zu 50 %

im Erwerbs- und im Aufgabenbereich (Haus halt) tätig wäre (Urk. 8/42/6), weshalb der Invaliditätsgrad anhand der gemischten Methode bemessen wurde (Urk. 8/43/3). Zum jetzigen Zeitpunkt wäre die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall gemäss eigenen Aussagen aus überzeugenden Gründen (Kinder erwachsen, nur noch 2-Personenhaushalt, geringes Familieneinkommen) zu 100 % erwerbstätig (Urk. 8/90/3), womit der Invaliditätsgrad neu mittels eines Einkommensvergleichs im Sinne von Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG zu bestimmen ist (vgl. Urk. 8/107). Das wird seitens der Beschwerdeführerin nicht gerügt (Urk. 1). Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass weder eine familiär bedingte Statusänderung, noch ein Statuswechsel hin zur Teilerwerbstätigkeit vorliegt, weshalb das Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) in Sachen Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (Nr. 7186/09) nicht einschlägig ist und einer Rentenrevision somit ebenfalls nicht entgegensteht (vgl. BGE 144 I 28 E. 4.4-4.6). 4.3

Im Sinne eines Zwischenfazit kann nach dem Gesagten festgehalten werden, dass gestützt auf das beweiskräftige D.____-Gutachten vom 9. Oktober 2015 (Urk. 8/106) von einem wesentlich gebesserten psychischen Gesundheitszustand der Versicherten auszugehen ist, weshalb ein Revisionsgrund vorliegt. Zusätzlich stellt der Umstand, dass infolge der Veränderung der sozialversicherungsrechtlichen Qualifizierung eine andere Art der Bemessung des Invaliditätsgrads zur Anwendung gelangt, einen Revisionsgrund dar. Entsprechend hat eine umfassende Neuüberprüfung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu erfolgen (BGE 141 V 9 E. 2.3). 5. 5.1

Näher zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu Recht auf die Einschätzung der D.____-Gutachter abgestellt und auf dieser Grundlage den Invaliditätsgrad korrekt bemessen hat. 5.2

Der Beschwerdeführerin ist insofern beizupflichten, als die von den Gutachtern attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit in der Zylindermontage angesichts des individuellen Belastungsprofils nicht überzeugt. Dieses schliesst aufgrund der Handgelenksproblematik namentlich Arbeiten aus, die erhöhte Anforderungen an die Geschicklichkeit sowie die Greifkraft der Hände stellen (Urk. 8/106/35, 8/106/64 f.). Gemäss den glaubwürdigen Angaben der Beschwerdeführerin setzte ihre Tätigkeit bei der A.____ nebst einer hohen Konzentration aber gerade auch feinmotorisches Geschick voraus, da teilweise mit der Pinzette gearbeitet werden musste (Urk. 8/106/49). Die angestammte Tätigkeit entspricht damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht dem Belastungsprofil, weshalb in dieser Hinsicht jedenfalls nicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann.

Die Beschwerdegegnerin legte ihrem Einkommensvergleich indes berechtigterweise eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, sehr leichten Tätigkeit zugrunde. Soweit die Versicherte in diesem Zusammenhang eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit geltend macht (Urk. 1 S. 10 ff.), ist darauf hinzuweisen, dass eine solche nur in denjenigen Fällen anzunehmen ist, in denen die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C_485/2014 vom 28. November 2014 E. 3.3.1 mit Hinweisen). Massgebend können in diesem

Zusammenhang die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.1 mit Hinweisen).

Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar.

An der Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarktes vermag selbst der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, im tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_237/2011 vom 19. August 2011 E. 2.3).

Die hohen Anforderungen an die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit sind unter Würdigung der konkreten persönlichen Umstände nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin war zwar im Zeitpunkt, da die medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Feststellung des Sachverhalts erlaubten (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.4) - was mit der D.____-Begutachtung vom 9. Oktober 2015 der Fall war - bereits rund 57 Jahre alt. Bis zum Erreichen des AHV-Pensionsalters verblieb ihr somit noch eine Aktivitätsdauer von etwa sieben Jahren. Dies allein schliesst eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit jedoch nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 4.1 und 4.3 mit Hinweisen). Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Versicherte bis Oktober 2015 während 24 Jahren eine halbe Invalidenrente bezog und entsprechend lange vom Arbeitsmarkt abwesend war. Entscheidend ist jedoch, dass der Gesundheitsschaden nicht derart beschaffen ist, dass das Spektrum möglicher Hilfsarbeiten auf ein Minimum eingeschränkt wird. So umfasst der ausgeglichene Arbeitsmarkt in diesem Bereich insbesondere auch leichte Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten in der Industrie, die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen respektive Produktionseinheiten oder eine Beschäftigung an einem Empfang oder als Telefonistin (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_599/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 5.1 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 3.3). Der absehbare Einarbeitungsaufwand für einen potentiellen Arbeitgeber wird sich diesbezüglich bei realistischem Entgegenkommen in Grenzen halten, da die Beschwerdeführerin namentlich über sehr gute Schweizerdeutschkenntnisse und -wenngleich einige Zeit zurückliegend - über eine abgeschlossene Berufsausbildung sowie mehrere Jahre berufliche Erfahrung als Hilfsarbeiterin verfügt. Das Finden einer leidensangepassten Arbeitstelle erscheint daher insgesamt nicht von vornherein als ausgeschlossen (vgl. demgegenüber Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 5.2). 5.3

Es ist unbestritten und nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen gestützt auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) bestimmt hat (Urk. 8/107). Sie hat dabei zwar zu Unrecht auf den Zentralwert für Männer (Fr. 5'210.--) statt auf denjenigen für Frauen (Fr. 4'112.--) abgestellt. Da allerdings beide Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen sind, und der Invaliditätsgrad folglich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn entspricht, erübrigt sich deren genaue Ermittlung rechtsprechungsge mäss ohnehin (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_365/2012 vom 30. Juli 2012 E. 7). Der

Invaliditätsgrad beläuft sich auch unter Berücksichtigung des korrekten Tabellenlohns auf 0 %, zumal der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit attestiert wurde. Selbst das Zugeständnis eines maximalen leidensbedingten Abzuges vom Invalideneinkommen in der Höhe von 25 % (BGE 126 V 80 E. 5b/cc) hätte demnach keinen rentenan spruchsbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zur Folge (vgl. E. 1.2).

Im Ergebnis hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Versicherten ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 0 % folglich zu Recht verneint. 6.

Im Zeitpunkt der Renteneinstellung bezog die Versicherte bereits seit über 15 Jahren eine Invalidenrente und war über 55 Jahre alt. Eine revisions- oder wie dererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Rente ist damit gemäss bundesgerichtlicher Praxis grundsätzlich nur zulässig, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3).

Die IV-Stelle hat im Rahmen des Vorbescheidverfahrens Eingliederungsmassnahmen geprüft und Kostengutsprache für eine Potentialabklärung erteilt (Urk. 8/155). An dieser nahm die Versicherte jedoch nur an drei Tagen in ver kürztem Umfang teil; an den übrigen 17 Tagen war sie aus verschiedenen gesundheitlichen Gründen abwesend (Urk. 8/168/1 f.). Sie wurde von der Beschwerdegegnerin mehrfach auf ihre Mitwirkungspflicht und die Folgen der Verweigerung zumutbarer Eingliederungsmassnahmen hingewiesen (Urk. 8/146/2, 8/163). Mit Mitteilung vom 7. Februar 2017 wurde die Arbeitsvermittlung abgeschlossen, da es nicht gelungen war, die Beschwerdeführerin innert angemessener Frist in den Arbeitsmarkt zu integrieren (Urk. 8/174).

Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin erweist sich mit Blick auf die einschlä gige bundesgerichtliche Rechtsprechung als korrekt, wobei die Versicherte in diesem Kontext auch keine konkreten Rügen erhebt (vgl. Urk. 1 S. 11 f.). Das Scheitern der Eingliederungsmassnahmen ändert nichts an der Zulässigkeit der Rentenaufhebung. Die Beschwerdeführerin hat denn auch mehrfach klar zum Ausdruck gebracht, dass sie sich nicht im Stande fühlt, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. Urk. 8/90/2, 8/106/27, 8/106/50 und 8/145). Sie hat insbe sondere in der Zeit nach der Begutachtung, welche sie mit der konkreten Mög lichkeit einer Rentenaufhebung konfrontierte, keine Anstrengung zur Selbstein gliederung unternommen. Im Nachgang zur Mitteilung vom 7. Februar 2017 (Urk. 8/174) verlangte sie überdies keine anfechtbare Verfügung. Da es in Anbe tracht all dieser Umstände somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit infolge der subjektiven Krankheitsüberzeugung an einem Eingliederungswillen fehlt, ist das Vorgehen der IV-Stelle nicht zu beanstanden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2 und 8C_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.2). 7.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die Rente der Versicherten zu Recht revisionsweise aufgehoben, da kein anspruchsbegründender Invaliditäts grad von mindestens 40 % mehr vorliegt.

Die angefochtene Verfügung vom 3. April 2017 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Sie sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

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

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