

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00617 vom 5. Juli 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-07-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00617

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00617 du 5 juillet 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00617 del 5 luglio 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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Ge sund heit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung ver bleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht über wind bar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.

E. 1.2

Nach Eingang eines am 2. Februar 2015 ausgefüllt en Revisionsfragebogens (Urk. 6/61 = Urk. 6/63) holte die IV-Stelle unter anderem bei m Z.____ ein polydiszip linäres Gutachten ein, das am 2. Juni 2016 erstattet wurde (Urk. 6/96/1-61). Mit Vorbescheid vom 2. De zember 2016 (Urk. 6/117) stellte die IV-Stelle der Versicherten die wiedererwä gungsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente in Aussicht. Mit Mitteilung vom 15. D ezember 2016 (Urk. 6/118) erteilte die IV-Stelle der Versi cherten Kostengutsprache für Beratung und Begleitung in Form von Unterstüt zung bei der Stellensuche v om 4. Januar bis 2. Juni 201 7. Am 12. Januar 2017 forderte die IV-Stelle die Versicherte auf, ihrer Mitwirkungspflicht in Bezug auf die zugesprochenen beruflichen Massnahmen nachzukommen (Urk. 6/127). Die Versicherte erhob am 1. Februar 2017 Einwände gegen den Vorbescheid (Urk. 6/131). Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 22. Februar 2017 mit, dass d ie Unterstützung bei der Stellensuche per 14. Februar 2017 beendet werde, da sie sich subjektiv nicht arbeitsfähig fühle (Urk. 6/134 = Urk. 6/136). Mit Verfü gung vom 3. Mai 2017 (Urk. 6/137 = Urk. 2) hielt die IV-Stelle an ihrem Vorbe scheid fest und hob die bisher ausgerichtete ganze Rente wiedererwägungsweise auf.

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä ti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, er halten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.5

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 110 V 176 E. 2a mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche

Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/ bb ; Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, 9C_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2 und 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 je mit Hinweisen).

E. 1.6

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebende Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Zweifellos unrichtig ist die Verfügung auch, wenn ihr ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt

wurde, insbesondere wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu einem unvollständigen Sachverhalt führte (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – denkbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_736/2014 vom 29. November 2014 E. 2.1).

E. 1.7

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei

festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin legte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) dar, dass die ursprüngliche Rentenzusprache

mit Verfügung vom 22. Juli 1997 gestützt auf die damals vorhandenen medizinischen Unterlagen zweifellos unrichtig gewesen sei. Obwohl sich das psychiatrische Gutachten im Wesentlichen lediglich auf das Aufführen subjektiver Angaben beschränkt und nur eine unzureichende Diagnose enthalten habe, sei unbesehen auf die darin attestierte Arbeitsunfähigkeit abgestützt worden. Auch der Einfluss der psychosozialen Belastungsfaktoren, welche aus dem Gutachten hervorgegangen seien, seien nicht näher abgeklärt worden. Nicht berücksichtigt worden sei ferner, dass in den Berichten der behandelnden Ärzte eine Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit explizit empfohlen worden sei und die behandelnden Ärzte somit nicht von einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit ausgegangen seien. Schliesslich sei unbeachtet geblieben, dass in den ärztlichen Berichten des Verfahrens des Unfallversicherers von normalen Befunden berichtet worden sei. Bei dieser Sachlage hätten zur Klärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zwingend weitere Abklärungen durchgeführt werden müssen. Da dies nicht geschehen sei, liege eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vor (S. 1 ff.).

Für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes sei auf das Z.____-Gutachten abzustellen, wonach von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit so wohl in der vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeführten Tätigkeit als Bürohilfe zu 80 % und Aushilfe am Buffet zu 20 % als auch in sämtlichen anderen angepassten Tätigkeiten auszugehen sei. Zum heutigen Zeitpunkt bestehe kein Anspruch auf eine Rente. Daran änderten auch die im Vorbescheidverfahren eingehenden Berichte der Beschwerdeführerin nichts (S. 4 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, dass im Zeitpunkt der Rentenzusprache gestützt auf das eingeholte psychiatrische Gutachten und auf die Berichte der behandelnden Ärzte eine invaliditätsbegründende Erwerbsunfähigkeit vorgelegen habe. Der Möglichkeit der baldigen Besserung sei Rechnung getragen worden, in dem bereits für Juli 1998, also nach 18 Monaten, eine Revision verlangt worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe denn auch weiterhin Revisionen durchgeführt und beispielsweise im Jahr 2009 ausführliche Arztberichte von einem Neurologen sowie von einem Psychiater eingeholt. Beide hätten die volle Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Dies zeige, dass die Rentenzusprache nicht grundlos erfolgt sei und dass auch bei weiteren Abklärungen im Jahre 1997 mit hoher Wahrscheinlichkeit kein anderes medizinisches Resultat erfolgt wäre. Die Rentenzusprache aus dem Jahre 1997 erscheine daher aufgrund der damaligen Sichtweise als richtig, in jedem Fall sei sie vertretbar, was als Minimalkriterium gelte, weshalb kein

Grund für eine Wiederwägung vorliege (S. 6 ff. Ziff. III.3).

Selbst wenn wider Erwarten eine Wiedererwägung zulässig sein sollte, würde sich die Sache nicht als spruchreif erweisen. Die Beschwerdeführerin habe sich für die Aufhebung der Rente auf das Z. ___ -Gutachten gestützt, das jedoch – aus näher dargelegten Gründen – nicht verwertbar sei. Diesfalls wäre durch das Ge richt ein neues Gutachten in Auftrag zu geben (S. 8 ff. Ziff. III.4-6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die am 22. Juli 1997 verfügte Rentenzusprache zwei fellos unrichtig und die Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente rech tens war. 3. 3.1

Der am 22. Juli 1997 verfügten Rentenzusprache (Urk. 6/24) lagen im Wesentli chen die folgenden Berichte zugrunde. 3.2

Dr. med. A. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, legte in seinem Bericht vom 11. Dezember 1995 (Urk. 6/6/5-9) dar, dass die Beschwerdeführerin am 18. März 1995 einen Trep pensturz erlitten habe. Klinisch hätte sich eine leicht eingeschränkte Beweglich keit der Halswirbelsäule (HWS) ohne neurologische Ausfälle bei der Diagnose ei ner Cervicobrachialige nach Distorsion der HWS gezeigt (S. 1 unten). Anlässlich der Untersuchung vom 1. Dezember 1995 habe die Beschwerdeführerin immer noch einen leicht geschwollenen, blau-rötlich verfärbten und leicht überwärmten rechten Arm gehabt. Erstaunlicherweise bestehe jedoch nach wie vor eine freie und praktisch schmerzfreie Beweglichkeit der rechten Schulter. Im Bereich des rechten Schultergürtels und Arms la sse sich keine umschriebene Mus k e latrophie objektivieren, was nach mehrmonatigen stärkeren Schmerzen eigentlich erwartet werden müsste (S. 3 unten). Deshalb habe er der Unfallversicherung die Beurtei lung abgegeben, wonach die bisher durchgeführten Untersuchungen keine objek tivierbaren Befunde ergeben hätten, die einen Zusammenhang mit dem angebli chen Unfall belegen würden. Es würden insbesondere ein normales CT und MRI der HWS sowie normale neurologische, angiologische und neuropsychologische Befunde vorliegen (S. 4 unten). 3.3

Ein Arzt des B. ___ , Neurologische Klinik und Poliklinik, nannte in seinem Bericht vom 3. April 1996 (Urk. 6/5 /1-2; Urk. 6/5/6) folgende Diagnosen (Ziff. 3): - posttraumatisches Cervicalsyndrom mit chronischen Spannungstypkopf schmerzen - traumatische Schädigung sympathischer Fasern im distalen Bereich der Dermatome C7 und C8 rechts Vorderarm/Hand, am ehesten distal der Um schaltung im Grenzstrang - schwere depressive Verstimmung

Die Beschwerdeführerin sei am 18. März 1995 gestü r zt und auf dem Hinterkopf und im Bereich des rechten Ellbogens aufgeschlagen (Ziff. 4.1/4.2). Seither be trage die Arbeitsfähigkeit 0 %, in ihrer letzten Tätigkeit (80 % Büro, 20 % Küche) sei sie zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.1, Ziff. 1.2, S. 6). Insbesondere auch auf Wunsch der Beschwerdeführerin sei eine berufliche Reintegration s chrittweise anzustreben. Längerfristig sei medizinisch theoretisch ein Wiedererlangen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit denkbar (S. 6). 3.4

Dr. med. C. ___ , Hausärztin der Beschwerdeführerin , nannte in ihrem Ber icht vom 19. April 1996 (Urk. 6/6/1- 4) folgende Diagnosen (Ziff. 3): - posttraumatisches c ervikospondylogenes Syndrom mit chronischen Span nungskopfschmerzen - traumatische Schädigung sympathischer Fasern im distalen Bereich der Dermatome C7 und C8 rechts

Vorderarm/Hand, am ehesten distal der Um schaltung im Grenzstrang - depressive Entwicklung im Rahmen einer länger anhaltenden posttrauma tischen Belastungsstörung nach dem Sturz vom 18. März 1995

Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrage gegenwärtig 0 % ;

in ihren bisherigen Tätigkei ten als Lageristin beziehungsweise Bürohilfe sei sie seit dem 18. März 1995 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.1, Ziff. 1.5, S. 3). Eine Erholung könne ein bis zwei Jahre in Anspruch nehmen (Ziff. 1.1). Eine berufliche Umstellung komme erst nach der psychischen Stabilisierung in Frage. Eine reduzierte Arbeitsaufnahme wäre in einem Jahr denkbar (S. 4). 3.5

Ein Arzt der Neurologischen Poliklinik des B.____ führte in seinem Schreiben vom 14. August 1996 (Urk. 6/12/1) aus, dass der Gesundheitszustand der Beschwerde führerin stationär und seit April 1996 keine Besserung eingetreten sei. Auch unter der neuen antidepressiven Therapie sei es zu keiner Besserung der Symptomatik gekommen. Es bestehe seit dem 18. März 1995 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 3.6

Dr. med. D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten am 20. November 1996 (Urk. 6/16). Er diagnostizierte eine depressive Entwicklung, entstanden im Zusammenhang mit einem posttraumatischen Cervicalsyndrom und einer Kette von belastenden familiären Ereignissen (S. 4).

Aus psychischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 % , ge samthaft bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als $66 \frac{2}{3}\%$. Die bisherige Behandlung sei von wenig Erfolg gekrönt gewesen. Auch die Einleitung einer medikamentösen antidepressiven Therapie habe nur ungenügende Veränderun gen ge bracht. Aus diesem Grunde sei eine psychiatrische beziehungsweise psy chotherapeutische Behandlung unerlässlich. Die Prognose sei in diesem komple xen und etwas chronifizierten Fall schwer zu machen. Es sei zu hoffen, dass in ein bis zwei Jahren seit Beginn einer psychiatrischen Behandlung eine Besserung auftrete (S. 4). 3.7

Dr. med. E.____ , IV-Arzt, führte in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 1996 (Urk. 6/18) aus, dass er im Nachhinein nicht verstehe, weshalb ein psychi atrisches Gutachten veranlasst worden sei.

Eine Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin vermerkte unter d ies er Stellung nahme von Dr. E.____ , dass das Gutachten nach Rücksprache mit Dr. E.____ eigentlich nicht notwendig gewesen wäre. 3.8

Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin in der Folge bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente ab dem 1. März 1996 zu (Urk. 6/24; vgl. das Feststellungsblatt vom 21. Januar 1997, Urk. 6/20).

4. 4.1

Der Rentenbestätigung vom 13. April 1999 (Urk. 6/28/1) lag im Wesentlichen der Bericht von Dr. C.____ vom 12. Oktober 1998 (Urk. 6/25/2) zugrunde, wo nach bei gleich gebliebenen Diagnosen (Ziff. 2) weiterhin eine 100%ige Arbeits unfähigkeit bestehe. In Anbetracht des gesamten Krankheitsbildes müsse man mit einer länger andauernden Erwerbsunfähigkeit rechnen (Ziff. 5, Ziff. 7).

4.2

Der Rentenbestätigung vom 18. Juni 2004 (Urk. 6/38) lag im Wesentlichen der Bericht von Dr. C.____ vom 30. April 2004 (Urk. 6/37/3-4) zugrunde, wo nach der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bei gleich gebliebenen Diagnosen stationär sei und seit dem 18. März 1995 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (Ziff. 2).

4.3.4.3.1

Der Rentenbestätigung vom 23. Dezember 2009 (Urk. 6/47) lagen sodann im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte zugrunde (vgl. Feststellungsblatt vom 23. Dezember 2009, Urk. 6/46). 4.3.2

Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, legte in seinem Bericht vom 24. Juli 2009 (Urk. 6/43/6-9) dar, dass ein chronifiziertes Zustandsbild ohne Änderung der Diagnose vorliege, wobei auch eine Beurteilung von einem Psychiater einzuholen sei (S. 4). 4.3.3

Dr. med. G.____

(verfügt gemäss Medizinalberuferegister über keinen Facharztstitel) führte in seinem Bericht vom 12. Oktober 2009 (Urk. 6/44/2-6 = Urk. 6/45) aus, dass er die Beschwerdeführerin seit März 2001 behandle (Ziff. 1.1), und nannte eine mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1, F33.2) und eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsangestellte seit Beginn seiner Behandlung, mithin ab März 2001, bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig, soweit er dies beurteilen könne (Ziff. 1.6, Ziff. 1.7). Die Prognose sei ungünstig. Nach dem bisherigen Verlauf der psychischen Störung sowie dem jetzigen Krankheitsbild sei auch in Zukunft mit keiner Besserung ihrer Beschwerden zu rechnen (Ziff. 1.4).

4.3.4

Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 20. November 2009 (Urk. 6/46/2) aus, dass die seit 13 Jahren berentete Beschwerdeführerin gemäss den aktuellen Berichten des Neurologen Dr. F.____ (vorstehend E. 4.3.2) und des behandelnden Psychiaters Dr. G.____ (vorstehend E. 4.3.3) nachvollziehbar in unverändertem Ausmass an einem längst chronifizierten depressiven Krankheitsgeschehen mit Persönlichkeitsstörung leide. Eine invaliditätsrelevante Verbesserung des Gesundheitsschadens könne nicht mehr ausgewiesen und es könne weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. 5. 5.1

Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 1. April 2015 (Urk. 6/65) aus, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bei unveränderten Diagnosen stationär sei (Ziff. 1.1, Ziff. 1.2). Zum Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeiten könne er keine Angaben machen (Ziff. 2), die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (Ziff. 4.1).

5.2

Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie, nannte in seinem Bericht vom 21. April 2015 (Urk. 6/66/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - cervical und lumbal betontes Panvertebralsyndrom - Knick-, Senk- und Spreizfüsse beidseits - Hallux valgus beidseits - Metatarsalgie beidseits - Vitamin-D Mangel

Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Körperliche leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere kein Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig,

seien der Beschwerdeführerin zumutbar. In einer solchen angepassten Tätigkeit sei sie aus somatischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig (Ziff. 2). Durch Physiotherapie, physikalische Medizin, Rückenschule sowie orthopädische Schuhversorgung könnten die Beschwerden reduziert und die Arbeitsfähigkeit entsprechend verbessert werden (Ziff. 4.1).

5.3

Dr. G.____ führte in seinem Bericht vom 8. Juni 2015 (Urk. 6/72) aus, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bei gleichgebliebenen Diagnosen (Ziff. 1.2) stationär sei, sich zeitweise sogar verschlechtert habe (Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei sowohl in ihrer bisherigen als auch in einer anderen Tätigkeit voll arbeitsunfähig (Ziff. 2.1).

5.4

Die Ärzte des Z.____ erstatteten das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten am 2. Juni 2016

(Urk. 6/96/1-61) gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff. lit. B), die von ihnen durchgeführten Untersuchungen (S. 1 unten) sowie auf ein orthopädisch-traumatologisches (S. 25 ff.), neurologisches (S. 35 ff.), internistisches (S. 43 ff.) und psychiatrisches (S. 51 ff.) Teilgutachten.

Die Gutachter nannten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. D.1). Sie nannten hingegen folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. D.2): - chronisches cervicobrachiales Schmerzsyndrom rechts bei radiologisch leichten degenerativen Veränderungen - Subakromialsyndrom mit Tendinitis calcarea rechts und radiologisch beginnender Omarthrose - Senk-Spreiz-Plattfuß beidseits mit beginnender Arthrose des Lisfranc - Gelenkes rechts - Rhizarthrose rechts, klinisch asymptomatisch - Verdacht auf Handgelenkganglion rechts - chronifizierte vasomotorische Kopfschmerzen - Schwindelbeschwerden, wahrscheinlich funktionell - Verdacht auf vasospastisches Raynaud-Syndrom der rechten Hand (bei Nikotinkonsum) - Hyperlipämie (behandelt) - diabetische Stollwechsellage - leichte Varicosis beidseits - fibrozystische Veränderungen der rechten Mamma - Stressinkontinenz - Nikotinabusus - Übergewicht - Status nach Minipolypenabtragung im Colon - Status nach Helicobacter positiver Gastritis

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass das Belastungs-/Ressourcenprofil der Beschwerdeführerin im polydisziplinären Konsens demjenigen einer gesunden gleichaltrigen Frau entspreche. Körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne gehäufte Arbeiten oberhalb der Horizontalen mit dem rechten Arm seien ihr zumutbar. Arbeiten in der Kälte seien wegen des Raynaud-Syndroms kontraindiziert (S. 15 oben). Die Beschwerdeführerin sei aus polydisziplinärer Sicht in ihren bisherigen Tätigkeiten als Bürohilfe

(80 %) und Aushilfe am Buffet (20 %) zu 100 % arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe ebenfalls eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 15). Aus heutiger Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin spätestens sechs Monate nach dem Unfall, mithin ab Mitte September 1995 nie längerfristig eingeschränkt gewesen. Es handle sich

also um eine andere Einschätzung bei mehr oder weniger gleichem Gesundheitszustand (S. 21 Ziff. VI.3, S. 22 Ziff. VII.1, S. 22 Ziff. VII.2, vgl. S. 15). 5.5

Der RAD-Arzt Dr. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, legte in seiner Stellungnahme vom 11. Juni 2016 (Urk. 6/115/5-6) dar, dass gestützt auf das Z.____-Gutachten (vorstehend E. 5.4) weiterhin von einem unveränderten, weiterhin nicht dauerhaft die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitszustand ausgegangen werden könne. 5.6

Dem Austrittsbericht des L.____, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Oktober 2016 (Urk. 6/109/1-2 = Urk. 6/111/1-2) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vom 13. September bis 6. Oktober 2016 – nach Einweisung durch Dr. G.____ (vgl. Urk. 6/102/3) – in der Klinik stationär behandelt worden sei (S. 1 Mitte). Die Ärzte des L.____ nannten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) als Hauptdiagnose sowie eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) als Nebendiagnosen (S. 1 Mitte). Die Beschwerdeführerin werde am 12. Oktober 2016 eine Therapie in der M.____ in Zürich beginnen (S. 2 oben). 5.7

Die Ärzte des N.____ legten in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2016 (Urk. 6/130) dar, dass die Beschwerdeführerin seit dem 12. Oktober 2016 bei ihnen in Behandlung sei (S. 3 Mitte), und nannten folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6)

bei Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10 F41.0) - arzneimittelinduzierter Kopfschmerz, anderenorts nicht klassifiziert - Verdacht auf Diabetes Mellitus Typ 2.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Der

erstmaligen

Rentenzusprache mit Verfügung vom 22. Juli 1997 (Urk. 6/24) lagen im Wesentlichen der Bericht von Dr. C.____ vom April 1996 (vorstehend E. 3.4), die Berichte der Ärzte der Neurologischen Klinik des B.____ vom April (vorstehend E. 3.3) und August 1996 (vorstehend E. 3.5) sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. D.____ vom November 1996 (vorstehend E. 3.6) zugrunde (vgl. das Feststellungsblatt vom 21. Januar 1997, Urk. 6/20).

Ein Arzt der Neurologischen Klinik und Poliklinik des B.____ diagnostizierte im April 1996 (vorstehend E. 3.3) ein posttraumatisches Cervicalsyndrom mit chronischen Spannungstypkopfschmerzen, eine traumatische Schädigung sympathischer Fasern im distalen Bereich der Dermatome C7 und C8 rechts Vorderarm/Hand, am ehesten distal der Umschaltung im Grenzstrang, sowie eine schwere depressive Verstimmung, und attestierte der Beschwerdeführerin eine seit dem 18. März 1995, mithin seit ihrem

Treppensturz, bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten. Im August 1996 legte ein anderer Arzt der Neurologischen Poliklinik des B.____ dar, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stationär sei und weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten vorliege (vorstehend E. 3.5).

Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. C.____, diagnostizierte im April 1996 (vorstehend E. 3.4) ebenfalls ein posttraumatisches cervikospindylogenes Syndrom mit chronischen Spannungskopfschmerzen, eine traumatische Schädigung sympathischer Fasern im distalen Bereich der Dermatome C7 und C8 rechts Vorderarm/Hand, am ehesten distal der Umschaltung im Grenzstrang, sowie eine depressive Entwicklung im Rahmen einer länger anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörung nach dem Sturz vom 18. März 1995, und attestierte der Beschwerdeführerin eine seit dem 18. März 1995 bis auf Weiteres bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten.

In der Folge gab die Beschwerdegegnerin bei Dr. D.____ ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, das im November 1996 (vorstehend E. 3.6) erstattet wurde. Dr. D.____ diagnostizierte eine depressive Entwicklung, die im Zusammenhang mit einem posttraumatischen Cervicalsyndrom und einer Kette von belastenden familiären Ereignissen entstanden sei, und attestierte der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 % und gesamthaft von mehr als 66 2/3%. Er legte dar, dass im gegenwärtigen Zustandsbild ein cervicales Syndrom mit Kopfschmerzen und darüber hinaus eine depressive Stimmungslage mit akzentuierter Lust- und Freudlosigkeit, innerer Gespanntheit, Geiztheit, aggressiver Geladenheit, Unzufriedenheit, Hoffnungslosigkeit mit Schuldgefühlen et cetera dominiere. Es handle sich um eine komplexe psychische und somatische Problematik, die sich gegenseitig verstärken und negativ beeinflussen würden (Urk. 6/16 S. 4).

Der Stellungnahme des IV-Arztes Dr. E.____ vom Dezember 1996 (vorstehend E. 3.7) ist sodann zu entnehmen, dass er im Nachhinein nicht verstehe, weshalb ein psychiatrisches Gutachten veranlasst worden sei. Eine Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin vermerkte unter der Stellungnahme von Dr. E.____, dass das Gutachten nach Rücksprache mit ihm eigentlich nicht notwendig gewesen wäre.

Gestützt auf die soeben erwähnten Berichte ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin aus somatischen und psychischen Gründen seit dem 18. März 1995 in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 100 % eingeschränkt sei, weshalb sie einen Invaliditätsgrad von 100 % ermittelte (vgl. Feststellungsblatt vom 21. Januar 1997, Urk. 6/20).

E. 6.2

Die medizinische Grundlage, auf welcher die Verfügung vom 22. Juli 1997 (Urk. 6/24) basiert, erscheint

aus heutiger Sicht zwar eher knapp. Doch angesichts der damaligen Verwaltungs- und Rechtspraxis, nach welcher sich die rückblickende Beurteilung Jahre zurückliegender Rentenverfügungen zu richten hat, kann nicht gesagt werden, es sei zweifellos unrichtig, dass auf den Bericht der Hausärztin Dr. C.____, die Berichte der Ärzte der Neurologischen Klinik des B.____ sowie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. D.____ abgestützt worden ist, zumal der IV-Arzt Dr. E.____ nach Einholung des psychiatrischen Gutachtens der Auffassung war, das Gutachten wäre eigentlich gar nicht notwendig gewesen, was darauf schliessen lässt, dass auch ohne psychiatrisches Gutachten ein invaliditätsrelevanter

Gesundheitsschaden ausgewiesen gewesen wäre.

In Bezug auf das psychiatrische Gutachten ist festzuhalten, dass Dr. D.____ ein klinisches Beschwerdebild erhoben und dieses als Diagnose erfasst hat, welche die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (vorstehend E. 6.1). Bei der von ihm diagnostizierten depressiven Entwicklung handelt es sich zwar – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend machte (vgl. Urk. 2 S. 2) – um keine Diagnose nach ICD-10, dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass die ICD-10 erst im Verlaufe des Jahres 1993 offiziell eingeführt wurde (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale

Klassifikation

psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel

V (F), 10. Auflage 2015, S. 6) und

ausserdem

die bundesgerichtliche Praxis, wonach die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraussetzt, erst seit BGE 130 V 396

(E. 5.3 und E. 6), mithin erst seit dem Jahr 2004 gilt (vgl. vorstehend E. 1.3). Zudem trifft es – der Beschwerdegegnerin folgend (vgl. Urk. 2 S. 2) – zwar zu, dass Dr. D.____

ausführte, dass die depressive Entwicklung im Zusammenhang

mit einem posttraumatischen Cervicalsyndrom und einer Kette von belastenden familiären Ereignissen entstanden sei (vorstehend E. 3.6, E. 6.1), ohne darzulegen, wie hoch der Einfluss der psychosozialen Belastungsfaktoren gewesen sei. Die depressive Entwicklung ist jedoch nicht nur aufgrund psychosozialer Belastungsfaktoren entstanden (vgl. Urk. 6/16), weshalb es als vertretbar erscheint, dass die Beschwerdegegnerin keine weiteren Abklärungen getätigt hat. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht erst mit BGE 127 V 294, mithin im Jahr 2001 die frühere Praxis (insbesondere Pra 1997 Nr. 49 252) dahingehend präzisiert hat, dass Art. 4 Abs. 1 IVG zu Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden versichert, worunter soziokulturelle Umstände als solche nicht zu begreifen sind. Es braucht vielmehr in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (E. 5a; vgl. hierzu Meyer / Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 30

zu Art. 4).

Dem Bericht von Dr. A.____ (vorstehend E. 3.2) ist zu entnehmen, dass er der Ansicht war, es hätten keine objektivierbaren Befunde vorgelegen, die einen Zusammenhang mit dem angeblichen Unfall belegen würden. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Ärzte der Neurologischen Klinik des B.____

sowie Dr. C.____ in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise objektivierbare Befunde dargelegt haben und die Ärzte einstimmig der Ansicht waren, dass zum Abklärungszeitpunkt aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (vorstehend E. 3.3-3.5). Die Unstimmigkeiten gemäss dem Bericht von Dr. A.____ sind daher nicht geeignet, eine ungenügende Sachverhaltsabklärung seitens der Beschwerdegegnerin zu begründen. In Bezug auf die Hinweise von Dr. A.____, wonach sich die

Beschwerdeführerin in wiederholter Weise geweigert beziehungsweise keine erkennbaren Anstrengungen unternommen habe, ihre Arbeit wiederaufzunehmen und davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeführerin von gewissen Dingen nicht sprechen könne (Urk. 6/6/5-9 S. 6 unten, S. 4 f.), mithin von psychischen Überlagerungen spricht, ist darauf hinzuweisen, dass Dr. A.____ Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ist und nicht über die entsprechenden Kenntnisse verfügt, den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin fachärztlich zu beurteilen. Es ist hierbei auf das psychiatrische Gutachten von Dr. D.____ hinzuweisen, nach welchem eine psychische Krankheit ausgewiesen ist (vorstehend E. 3.6, E. 6.1).

E. 6.3

Die Annahme einer Invalidität zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache im Jahr 1997 im Sinne des dann zumal in Kraft gewesenen Art. 4 IVG, wonach bereits damals als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit galt (vgl. BGE 102 V 165), erscheint nach dem Gesagten nicht als zweifellos unrichtig, war doch zumindest zum Zeitpunkt der Rentenzusprache gestützt auf die medizinischen Berichte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Beschwerden ausgewiesen. Dass die Beschwerdegegnerin keine weiteren Abklärungen getätigt hat, ist Ausdruck ihres Ermessens und war vertretbar. Dass die späteren Überprüfungen des Rentenanspruchs im Rahmen der Rentenrevisionen in den Jahren 1998/1999, 2004 und 2009 die 1997 angenommene 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigten (vorstehend E. 4.1.-4.3), ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass die 1997 erfolgte Beurteilung möglicherweise nicht nur vertretbar, sondern richtig gewesen sein dürfte.

Entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin (vorstehend E. 2.1; vgl. Urk. 2 S. 1 ff.) kann daher nicht gesagt werden, es hätten bei der damaligen Sachlage zur Klärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zwingend weitere Abklärungen durchgeführt werden müssen. Die Annahme einer 100%igen Invalidität war somit zum Verfügungszeitpunkt im Juli 1997 nicht offensichtlich falsch. Die ursprüngliche Rentenzusprache erweist sich somit nicht als zweifellos unrichtig, weshalb die Verfügung vom 22. Juli 1997 (Urk. 6/24) nicht wiedererwägungsweise aufgehoben werden kann. 7. 7.1

Es bleibt zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt (vgl. vorstehend E. 1.4). Ob eine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung eingetreten ist, ergibt sich aus dem Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenzusprache mit Verfügung vom 22. Juli 1997 (Urk. 6/24) bestand – da im Rahmen der Rentenbestätigungen vom 13. April 1999, 18. Juni 2004 und 23. Dezember 2009 nur eine rudimentäre Prüfung erfolgte (vgl. vorstehend E. 4.1-4.3) – mit jenem zur Zeit der strittigen Verfügung vom 3. Mai 2017 (Urk. 2). 7.2

Im Rahmen der im Februar 2015 eingeleiteten Rentenrevision (vgl. Urk. 6/61 = Urk. 6/63) erstatteten die Ärzte des Z.____ im Juni 2016 ein polydisziplinäres Gutachten. Das

Z.____-Gutachten (vorstehend E. 5.4) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt das Z.____ -Gutachten die praxismässigen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.7). 7.3

Die Gutachter diagnostizierten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, nannten hingegen

zahlreiche Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 5.4).

Die Gutachter legten dar, dass sich radiologisch nur geringe altersentsprechende degenerative Veränderungen gezeigt hätten, welche die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und demonstrierte Bewegungseinschränkung von orthopädischer Seite her nicht erklären würden. Aufgrund des Subakromialsyndroms rechts bei Tendinitis calcarea

ergebe sich eine Einschränkung der Beschwerdeführerin für gehäufte Arbeiten oberhalb der Horizontalen mit dem rechten Arm, die jedoch beim letzten Arbeitsplatz als Bürohilfe und am Buffet nicht notwendig gewesen seien. Zudem hätten sich radiologisch nur geringe bis mässige degenerative Veränderungen im rechten Grosszehengrundgelenk und den Tarso - Metatarsal -Gelenken (TMT) III und IV gezeigt. Eine Einlagenversorgung der Beschwerdeführerin aufgrund der angegebenen Beschwerden werde von orthopädischer Seite empfohlen, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bestehe aus orthopädisch- traumatologischer Sicht jedoch nicht (Urk. 6/96/1-61 S. 13, vgl. S. 32 f.). Ferner bestehe aus neurologischer Sicht keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/96/1-61 S. 13 f., vgl. S. 40 f.). Zu dem sei wegen des Vasospasmus keine Reduktion der Arbeitsfähigkeit anzunehmen, hingegen sei ein Kälteschutz angezeigt (Urk. 6/96/1-61 S. 14, vgl. S. 48 f.).

Schliesslich legten die Gutachter dar, dass die im Vorfeld der aktuellen Begutachtung genannte Diagnose einer Depression nicht habe verifiziert werden können; gleiches gelte für die einmalig genannte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Die Beschwerdeführerin habe im spezifischen Beschwerdevalidierungstest sehr schlecht abgeschnitten, wobei das schlechte Abschneiden nicht allein durch eine Aggravation erklärt werden könne, es müsse vielmehr von einem bewussten Vortäuschen nicht vorhandener Symptome ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht würden sich keine Hinweise darauf ergeben, dass die Beschwerdeführerin nicht zielführend am Erwerbsleben teilnehmen könnte (Urk. 6/96/1-61 S. 14; vgl. S. 57 ff.).

Die Gutachter kommen in der Folge zum Schluss, dass weder in den angestammten Tätigkeiten als Bürohilfe und Aushilfe am Buffet noch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (vorstehend E. 5.4). 7. 4

Wesentlich ist jedoch im Hinblick auf die für eine Revision vorausgesetzte Veränderung, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gestützt auf das Z.____ -Gutachten im Vergleich zur medizinischen Situation, wie sie sich im Jahr 1997 präsentierte, nicht wesentlich verändert hat (Urk. 6/96/1-61 S. 21 Ziff. VI.3). Dies hielten die Z.____ -Gutachter mehrfach ausdrücklich fest (vgl. vorstehend E. 5.4) Die Gutachter schätzten jedoch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin retrospektiv höher ein, mithin erachteten sie die Beschwerdeführerin spätestens ab Mitte 1995 als wieder voll arbeitsfähig (vorstehend E. 5.4).

Nach dem Gesagtem handelt es sich bei der Einschätzung der Z.____ -Gutachter um eine bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit, was sie auch selbst so dargelegt haben (vorstehend E. 5.4) und auch vom RAD-Arzt Dr. K.____ bestätigt wurde (vorstehend E. 5.5).

Dies stellt für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

7.5

Da nach dem Gesagten weder ein Wiedererwägungs- noch ein Revisionsgrund vorliegt, ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 3. Mai 2017 aufzuheben mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführer in weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 8

Der Vollständigkeit halber bleibt folgendes zu bemerken:

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise

herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie

das 55. Altersjahr zurück gelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung

durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene

Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_582/2017 vom 22. März 2018 E. 6.3 und 6.4, 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 5, 9C_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 2.1).

Die 1960 geborene Beschwerdeführerin war zum Verfügungszeitpunkt im Mai 2017 56 Jahre alt und bezog seit 21 Jahren eine volle Rente, weshalb vor der Rentenaufhebung – wäre ein Revisions- oder Wiedererwägungsgrund ausgewiesen, was vorliegend verneint wurde – zwingend Eingliederungsmassnahmen durchzuführen wären. Vorliegend wurden zwar Eingliederungsmassnahmen getätigt, dies jedoch erst nach Erlass des Vorbescheids vom 2. Dezember 2016 (Urk. 6/117), erteilte doch die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin erst mit Mitteilung vom 15. Dezember 2016 (Urk. 6/118) Kostengutsprache für Beratung und Begleitung in Form von Unterstützung bei der Stellensuche vom 4. Januar bis 2. Juni 2017, die jedoch vorzeitig per 14. Februar 2017 beendet wurden, da sich die Beschwerdeführerin gemäss IV-Stelle subjektiv nicht arbeitsfähig gefühlt habe (Urk. 6/134 = Urk. 6/136). Dabei unterschlug die IV-Stelle jedoch Ausführungen im Abschlussbericht Assessment Arbeitsvermittlung des O.____ vom 14. Februar 2017 (Urk. 6/132), wonach die Beschwerdeführerin anfänglich Kampfgeist gezeigt und versucht habe, kooperativ zu sein (S. 1 und S. 2) Ihre psychische Verfassung habe sich aber im Verlauf verschlechtert (Urk. 2). Damit kann nicht ohne weiteres von einem bloss subjektiven Gefühl der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Unwillen sich einzugliedern ausgegangen werden.

Viel mehr deutet dies auf deutliche Schwierigkeiten bei der Eingliederung hin, zumal die Beschwerdeführerin seit Anfang 1996 nicht mehr arbeitstätig war, seit März 1996 eine volle Rente bezog und sich weitgehend zurückgezogen hat, weshalb es durchaus schwierig ist, nach über 20 Jahren wieder im Arbeitsmarkt Fuss zu fassen. Die Beschwerdegegnerin hätte demnach die Eingliederungsmassnahmen nicht bloss aufgrund einer angeblichen subjektiven Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin abschliessen dürfen, sondern hätte weitere Bemühungen tätigen müssen, insbesondere da sie es versäumt hat, vor 20 Jahren entsprechende Massnahmen durchzusetzen.

E. 9

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 9.1

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.

E. 9.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Ausgangsgemäss hat die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist in Beachtung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses sowie in Berücksichtigung eines gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- vorliegend auf Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 3. Mai 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der Beschwerdeführerin

eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff -

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Pensionskasse Y.____ -

Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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