

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00083 vom 14. Mai 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-05-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.00083](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00083)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00083 du 14 mai 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00083 del 14 maggio 2007

## Erwägungen

### E. 1

1.1 C. \_\_\_\_, geboren 1951, reiste im Jahr 1974 definitiv in die Schweiz ein (vgl. Niederlassungsbewilligung, Urk. 7/37) und arbeitete an verschiedenen Stellen, zuletzt seit 1988 in A. \_\_\_\_, als Mitarbeiterin in der Matratzenmontage bei der B. \_\_\_\_ (Auszug aus dem individuellen Konto vom 12. Juli 2002 [Urk. 7/33] sowie Arbeitgeberbericht vom 16. Juli 2002 [Urk. 7/32]). Seit Herbst 1999 leidet sie an beidseitigen Schulterschmerzen, worauf bei der Diagnose einer bursalen Ulceration am 16. November 2000 eine Akromioplastik durchgeführt wurde. Infolge weiterhin geklagter Schmerzen erfolgte am 15. November 2001 eine diagnostische Arthroskopie mit subakromialer Bursektomie, Rest-Akromioplastik und AC-Gelenksresektion. Am 29. August 2002 wurde nochmals eine Arthroskopie vorgenommen, welche indes auch keine Besserung der Beschwerden brachte (Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_, Innere Medizin FMH, vom 3. November 2002, Urk. 7/19/1). Da die Versicherte im Rahmen der Schulterbeschwerden immer wieder arbeitsunfähig und ab dem 19. Juli 2001 nicht mehr zur Arbeit erschienen war, wurde ihr die Stelle per 30. September 2002 gekündigt (Urk. 7/19/1 sowie Arbeitgeberbericht vom 16. Juli 2002, Urk. 7/32).

1.2 Im Juni 2002 meldete sich C. \_\_\_\_ bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und beantragte die Ausrichtung einer Rente (Urk. 7/36 Ziff. 7.8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst einem Auszug aus dem individuellen Konto (vom 12. Juli 2002, Urk. 7/33) sowie Auszügen der Arbeitgeberin (vom 16. Juli 2002, Urk. 7/32) Berichte bei der Klinik E. \_\_\_\_ (vom 29. Oktober 2002 unter Beilage von älteren Berichten sowie Auszügen aus der Krankengeschichte, Urk. 7/20/1-4) und bei Dr. D. \_\_\_\_ (vom 3. November 2002 unter Beilage zweier Berichte der Klinik E. \_\_\_\_, Urk. 7/19/1-3) ein und liess das Gutachten der F. \_\_\_\_ vom 2. Oktober 2003 (Urk. 7/17) erstellen. Mit Verfügungen vom 10. März 2004 (Urk. 7/8-9) sprach die IV-Stelle der Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 62 % mit Wirkung ab 1. September 2001 eine halbe und ab 1. Januar 2004 in Vollzug der 4. IV-Revision eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung samt Zusatzrente für den Ehemann zu.

### 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). Die Invalidität 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 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers 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. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen 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 Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (BGE 130 V 77 Erw. 3.2.3, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 6. November 2006, I 465/05, Erw. 5.4). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a).

1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in

welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

2. Für die ursprüngliche Leistungszugsprache stützte sich die Beschwerdegegnerin unter anderem auf folgende ärztliche Beurteilungen:

2.1 Dr. D. \_\_\_ berichtete am 3. November 2002 (Urk. 7/19/1) in anamnestischer Hinsicht von den seit Herbst 1999 bestehenden Schulterschmerzen, wobei ein Impingement der rechten Supraspinatussehne sowie im MRI eine bursale Ulceration festgestellt worden seien. Nach der Akromioplastik am 16. November 2000 sei am 15. November 2001 wegen persistierender Beschwerden eine diagnostische Arthroskopie mit Débridement der Supraspinatussehne, subakromialer Bursektomie, Rest-Akromioplastik und AC-Gelenksresektion rechts durchgeführt worden, was ebenfalls keine Beschwerdebesserung gebracht habe. Auch die nochmalige Arthroskopie vom 29. August 2002 habe keine Besserung gebracht. Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte (1) eine Tendinitis der langen Bizepssehne, (2) eine subakromiale Bursitis, (3) eine AC-Gelenksaffektion und (4) eine Supraspinatuspartialruptur rechts mit residueller Periarthropatia humero scapularis (PHS) rechts nach dreimaligen operativen Interventionen.

Dr. D. \_\_\_ berichtete über eine unerklärlicherweise starke Druckdolenz über den Arthroskopie-Eintrittsstellen, die Angabe von erheblichen Schmerzen bereits ohne Belastung sowie ein schonendes Tragen des Armes am Körper bei Fehlen von muskulären Auffälligkeiten. Er konnte diese Ergebnisse keiner typischen Rotatorenmanschettenläsion zuordnen, verwies auf eine oftmals fehlende Differenzierung bei den Beschwerdeangaben und schloss auf eine Überlagerung des Beschwerdebildes mit einer psychischen "Identifizierung mit einer invaliden Schulterfunktion". Die Tatsache, dass drei operative Interventionen nicht einmal eine vorübergehende Beschwerdefreiheit gebracht hätten, bestärkte ebenfalls den Verdacht, dass eine wenigstens teilweise psychische Überlagerung des Beschwerdebildes vorliegen müsse. Dr. D. \_\_\_ hielt in Anbetracht der Gesamtsituation "eine Berentung im Rahmen einer AUF von 50-100%" für angezeigt unter dem Hinweis, dass keinesfalls die objektive Schulterfunktion dafür verantwortlich sei.

2.2 Dem Verlaufsbericht der Uniklinik E. \_\_\_ vom 22. Februar 2003 (ein halbes Jahr nach der dritten Schulteroperation) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über zunehmende Schmerzen im Bereich der Schulter rechts geklagt hatte, welche deutlich ausgeprägter seien als präoperativ. Die Ärzte führten aus, die Physiotherapie habe aufgrund deutlicher Schmerzzunahme sistiert werden müssen.

Die Untersuchung zeigte ein unauffälliges Schulterrelief ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung, eine Druckdolenz im Bereich des ventralen Portals und diffus über Akromion, AC-Gelenk sowie dorsolateralem Humeruskopf, ein positives Impingement-Zeichen. Die Rotatorenmanschette sei schmerzbedingt nicht beurteilbar gewesen, der Bewegungsumfang der rechten Schulter frei, symmetrisch zur Gegenseite ohne Einschränkung, insbesondere der Aussen- und Innenrotation bei intakter Sensorik, peripherer Zirkulation und Motorik. Die Ärzte verneinten das Vorliegen eines Infektes und erachteten eine leichte körperliche Arbeit als zumutbar (Urk. 7/18).

### E. 1.3

Nachdem C.\_\_\_\_ am 10. September 2005 (Urk. 7/22) eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes geltend gemacht hatte, holte die IV-Stelle den Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädie/Traumatologie FMH, vom 9. September 2005 (Urk. 7/16) sowie von Dr. D.\_\_\_\_ denjenigen vom 13. Oktober 2005 (Urk. 7/15) ein und wies das Rentenerhöhungsgesuch mit Verfügung vom 23. November 2005 (Urk. 7/7) ab. Auf die Einsprache der Versicherten vom 7. Dezember 2005 (Urk. 7/5) hin ersuchte die IV-Stelle ergänzend Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, um Auskunft (Bericht vom 24. Dezember 2005 unter Beilage von weiteren medizinischen Unterlagen, Urk. 7/14/1-5). Darauf wies sie die Einsprache mit Entscheid vom 5. Januar 2006 (Urk. 7/3) ab.

### E. 2

Hiergegen erhob C.\_\_\_\_ am 19. Januar 2006 (Urk. 1) Beschwerde mit dem Antrag um Erhöhung der laufenden Invalidenrente auf eine ganze. Nachdem die IV-Stelle am 28. Februar 2006 (Urk. 6) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 1. März 2006 (Urk. 8) als geschlossen erklärt.

3. Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

### E. 2.3

Anlässlich der Untersuchungen vom 3. und 8. Juli 2003 im F.\_\_\_\_ klagte die Beschwerdeführerin über diffuse Schulterschmerzen rechts mit Ausstrahlung in den Hals und in die rechte Hand. Am schmerzhaftesten sei das Heben des rechten Armes, zum Beispiel beim Waschen des Gesichtes oder Kämmen. Am wohlsten sei er ihr, wenn sie auf dem Rücken liege und den Arm auf den Bauch legen könne. Als Folge der Schmerzen seien Schlafstörungen aufgetreten (Gutachten vom 2. Oktober 2003, Urk. 7/17 S. 4).

Die Gutachter führten aus, bei der rheumatologischen Untersuchung werde der rechte Arm am Körper gehalten, spontan kaum bewegt. Inspektorisch seien die Musculi infra- und supraspinatus rechts atroph. Die gesamte rechte Schulter sei diffus druckdolent. Aktiv sei die Schulterbeweglichkeit rechts deutlich eingeschränkt, passiv seien Innen- und Aussenrotation normal, die Abduktion und Flexion bis 90° möglich, dann folge ein schmerzbedingter Stopp. Ellbogen, Hand- und Fingergelenke seien reizlos und normal beweglich, mit Bewegungsschmerzen im Bereiche des Handgelenkes sowie des Daumens rechts. Die Rotation im Bereich der unteren HWS sei eingeschränkt, durch die segmentale Präfung könne jedoch kein Schmerz provoziert werden. Radiologisch sehe man im Bereich der rechten Schulter Veränderungen nach AC-Resektion sowie eine Aufrauhung am Tuberculum majus. Die Osteochondrose C6/7 mit überbrückender Spondylose habe im Vergleich zur Voraufnahme des Hausarztes vom Jahre 2001 leicht zugenommen.

Bei der psychiatrischen Untersuchung blieb die Beschwerdeführerin in einer affektiven Mittellage und gut schwingungsfähig. Die Ärzte berichteten von ungestörtem Antrieb und Psychomotorik ohne Hinweise für Sinnestäuschungen,

Ich-Störungen, Zwänge, Ängste. Bei Fehlen von depressiver Verstimmung, psychosozialen Problemen oder emotionalen Konflikten als auslösende Faktoren können nicht von einer somatoformen Schmerzstörung gesprochen werden.

Zusammenfassend erachteten die Gutachter die Beschwerdeführerin für Tätigkeiten, die den kraftvollen, regelmäßigen Einsatz des rechten Armes erforderten - wie zuletzt in der Matratzenproduktion - wegen der rheumatologischen Erkrankung als nicht mehr arbeitsfähig. Für leichtere körperliche Tätigkeiten ohne Zwangshaltung der HWS, bei denen die rechte Hand lediglich als Gegenhand eingesetzt werden könne, bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit. Eine solche Tätigkeit sei möglich, schade der Beschwerdeführerin nicht und sei deshalb zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit voll erhalten (Urk. 7/17 S. 11).

Die im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens eingeholten Berichte ergeben Folgendes:

Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte am 13. Oktober 2005 (Urk. 7/15) (1) eine angstbetonte Depression seit 2004 zunehmend mit Chronifizierungstendenz, (2) ein Lumbovertebralsyndrom bei muskulärer Dysbalance, (3) eine PHS links seit April 2005 sowie (4) weiterhin chronische Schulterschmerzen rechts bei Status nach Teilruptur der Supraspinatussehne und dreimaligem operativem Vorgehen. Er führte aus, seit der letzten Beurteilung im Jahr 2002 sei keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit möglich gewesen. Die Symptomatologie habe sich im Wesentlichen nicht verändert, was die rechte Seite anbelange. Links gebe es neu auch Armbeschwerden ohne adäquates Trauma. Im Haushalt habe die Beschwerdeführerin Unterstützung durch eine Nachbarin.

Prognostisch erwartete Dr. D. \_\_\_ eine Chronifizierung der Beschwerden. Jeweils bei den Konsultationen gebe die Beschwerdeführerin Beschwerden in der rechten Schulter an. Rückblickend schienen die Operationen vollständig nutzlos gewesen zu sein, was Funktion und Schmerzintensität anbelange. Ebenso vermute er eine Therapierefraktivität der linksseitigen Beschwerden und sprach von einer Tendenz zu einer generalisierten Fibromyalgie. Die Arbeitsfähigkeit bezifferte er als "gleich wie bisher" im Sinne einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit.

Dr. G. \_\_\_, welcher die Beschwerdeführerin auf Zuweisung des Hausarztes untersucht hatte, schilderte am 9. September 2005 (Urk. 7/16) ein ausgeprägtes Mischbild mit impingementartigen Schmerzen, die bei Manipulation der Schulter rechts wie auch links bestanden, sowie mit ausgeprägten myofaszialen Schmerzproblemen und positiven Triggerpunkten. Er konnte keine therapeutischen Vorschläge machen und riet von einer erneuten Operation ab. Sodann verwies er auf ein angefertigtes Röntgenbild, auf welchem keine Dezentrierung bzw. Degeneration des rechten Schultergelenkes zu sehen gewesen sei.

Der Psychiater Dr. H. \_\_\_, bei welchem die Beschwerdeführerin seit dem 30. November 2005 in Behandlung ist, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. Dezember 2005 (Urk. 7/14/1) eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt sowie therapieresistente Schmerzen in der rechten Schulter und der rechten Hand. Er berichtete über eine von der Beschwerdeführerin geschilderte Limitierung durch die Schmerzen in diversen alltäglichen Tätigkeiten, Angstzustände, depressive



Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu berücksichtigen ist bei diesem Ergebnis, dass die Beschwerdegegnerin bereits in den ursprünglichen Rentenverfügungen von einer bloss noch 50%igen Arbeitsfähigkeit (aus somatischen) Gründen ausging, weshalb eine relevante Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht erstellt ist.

## E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Diese sich aus den medizinischen Akten ergebende Einschätzung ist jedoch aus folgenden Gründen nicht zweifelsfrei: Im August 2005 (Urk. 7/23) ging der Beschwerdegegnerin ein anonymes Schreiben zu. Darin wird vorgebracht, die Beschwerdeführerin beziehe ihre Rentenleistungen zu Unrecht. Zur Begründung wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin bzw. ihr Ehemann hätten gesagt, sie habe damals das Glück gehabt und sei von ihrem Arbeitgeber früh von der bevorstehenden Betriebs-Schliessung informiert worden und habe einer Weiterbeschäftigung in A.\_\_\_\_ - was mit einem langen Arbeitsweg verbunden gewesen wäre - wegen rechtzeitigem Schmerzklagen in den Achseln entgehen können. Sie sei sich im Klaren gewesen, dass sie bei Ausschlagung des Stellenangebotes mit einer Kürzung des Arbeitslosengeldes hätte rechnen müssen. So habe sie sich entschieden, aus dem Erwerbsleben auszusteigen, und habe sogar in Kauf genommen, den vom Arzt vorgeschlagenen chirurgischen Eingriff vornehmen zu lassen, dies in der Hoffnung auf Glaubhaftigkeit betreffend jahrelanger unhaltbarer Schmerzen. Auch habe sie bewusst die ganze Prozedur "mitgespielt" und zum Beispiel die Spitex eingeschaltet, um eine Arbeitsunfähigkeit attestieren zu lassen. Im Nachhinein müsste man feststellen, dass die Beschwerdeführerin während der ganzen Zeit über zwei Sommerperioden lang tagtäglich unbehindert im Garten gearbeitet und schonungslos Lasten geschleppt habe. Gemäss den Aussagen der Beschwerdeführerin sei diese heute beschwerdefrei und auch im Haushalt auf keinerlei Hilfe angewiesen, seit sie IV-Bezügerin sei.

5.2 Ä Ä Ä Ä Das Schreiben - welches sich im Weiteren über die Absicht der Berentung des Ehemannes der Beschwerdeführerin äussert - trägt den Vermerk der Beschwerdegegnerin: "Herr C.\_\_\_\_ ist bei der IV-Stelle nicht bekannt." Es ist nicht aktenkundig, wie die Beschwerdegegnerin darauf reagiert hat. Offenbar liess sie es dabei bewenden, den behandelnden Ärzten das Standardformular zukommen zu lassen (Urk. 7/14-16), ohne dass sie auf den Verdacht eines Missbrauchs hingewiesen hätte oder sonstige Abklärungen eingeleitet worden wären. Auch wenn ein anonymes Schreiben nicht überbewertet werden darf, so sind doch die im fraglichen Brief beschriebenen Sachverhaltselemente derart kohärent und mit der Aktenlage im Einklang stehend, dass die Beschwerdegegnerin hätte hellhörig werden müssen, um nicht in den Verdacht zu geraten, aufgrund mangelnder Fallführung zu Unrecht Rentenleistungen ausrichten zu wollen.

5.3 Ä Ä Ä Ä Eine nähere Überprüfung hätte sich vorliegend vor allem deshalb aufgedrängt, weil die von den Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit ausschliesslich mit den subjektiven Schmerzklagen der Beschwerdeführerin begründet wurde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä So sprach Dr. D.\_\_\_\_ bereits am 3. November 2002 (Urk. 7/19/1) von einer unerklärlichen Druckdolenz über den Arthroskopie-Eintrittsstellen und erheblichen Schmerzen bereits ohne Belastung mit schonendem Tragen des Armes am

Körper (ähnlich einem Hemisyndrom nach zerebrovaskulärem Insult). Sodann befand er das Ausbleiben einer auch vorübergehenden Besserung nach drei Operationen als derart auffällig, dass er von einer psychischen Überlagerung ausging. Er verneinte gar ausdrücklich eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der objektiven Schulterfunktion. Im gleichen Sinne konnten die Ärzte der Uniklinik E. am 22. Februar 2003 (Urk. 7/18) bloss über subjektiv vorgetragene Klagen berichten, denn die Untersuchung zeigte ein unauffälliges Schulterrelief ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung bei freiem Bewegungsumfang der rechten Schulter, intakter Sensorik, peripherer Zirkulation und Motorik. Die F.-Ärzte ihrerseits stützten ihr Arbeitsunfähigkeitsattest ebenfalls im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und konnten keine befundässig oder bildgebend begründbare Darlegung ihrer Einschätzung abgeben (Urk. 7/17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch die revisionsweise eingeholten Einschätzungen der Ärzte zeigen ein ähnliches Bild. Dr. D. verwies wiederum auf die vorgetragene Schmerzklagen (Urk. 7/15), und Dr. G. erwähnte ein unauffälliges Röntgenbild des rechten Schultergelenkes (Urk. 7/16). Sodann diagnostizierte der Psychiater Dr. H. eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion und begründete dies mit den geklagten Schmerzen in der rechten Schulter (Urk. 7/14/1). Damit steht fest, dass auch die psychiatrische Einschätzung bloss auf der Basis der subjektiv vorgetragene Schmerzklagen fusst.

5.4 Ä Ä Ä Bei diesem Ergebnis ist festzuhalten, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Januar 2006 auf der Basis eines unvollständig abgeklärten Sachverhalts erlassen wurde, weshalb er aufzuheben ist. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine Begutachtung mit entsprechender Instruktion in Auftrag gebe, welche sich - in Kenntnis der im Raum stehenden Missbrauchsthematik - mittels einer fassbaren Diagnose in nachvollziehbarer Weise über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äussert. Hierbei wird auch zu berücksichtigen sein, dass eine bloss teilweise Arbeitsfähigkeit bei einer lediglich einseitigen Schulterproblematik genau zu begründen wäre, hat doch das Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner Rechtsprechung festgehalten, dass der Arbeitsmarkt durchaus Tätigkeiten für bloss noch einarmig einsetzbare Versicherte zur Verfügung hält (Urteil des EVG i.S. R. vom 2. Februar 2005, I 394/04). Wenn die Begutachtung ergeben sollte, dass die Beschwerdeführerin nie wesentlich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war und es auch heute nicht ist, sich mithin die ursprüngliche Rentenzusprache als offensichtlich unrichtig erweise, hätte die Beschwerdegegnerin entsprechende Massnahmen zu treffen, wobei eine Strafanzeige ebenfalls ins Auge zu fassen wäre.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Januar 2006 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfäge.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- C.\_\_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (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 zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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