

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00835 vom 29. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00835

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00835 du 29 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00835 del 29 agosto 2017

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten bezü gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tat sächlichen 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 revidier bar, 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 Bun desgerichts 9C_261/2009 vom 1 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 Gesund heitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revi sionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Ände rung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer mate riellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklä rung, 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. 1.2

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

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 betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 2

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

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, sie hätte bereits anlässlich der Revision im Jahr 2010 weitere Abklärungen tätigen müssen. Es hätten Hinweise des behandelnden Arztes bestanden, dass keine Muskelatrophie gefunden worden sei und eine vertrauensärztliche Untersuchung zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit hätte stattfinden sollen. Diesem Hinweis sei sie nicht nachgegangen und habe den Invaliditätsgrad ohne weitere Abklärungen von 70 auf 100 % erhöht (Urk. 2 S. 1 f.). Da eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorliege, könne die Mitteilung vom 21. Dezember 2010 in Wiedererwägung gezogen und der Rentenanspruch neu beurteilt werden (Urk. 5 S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, blosser Mitteilungen der Beschwerdegegnerin betreffend eine unveränderte Invalidenrente sollten im Gegensatz zu Revisionsverfügungen nicht Gegenstand einer Revision nach Art. 53 Abs. 2 ATSG sein können (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 6). Im vorliegenden Fall komme hinzu, dass die Fehlerhaftigkeit in der Mitteilung vom 21. Dezember 2010 keinerlei materielle Auswirkungen gezeigt habe (S. 6 Ziff. 7 Mitte). Entscheidend sei, dass sowohl bei einem Invaliditätsgrad von 70 % wie bei 100 % Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe. Deshalb sei die Mitteilung vom 21. Dezember 2010 in Bezug auf den materiellen Inhalt des Entscheides absolut korrekt und keineswegs offensichtlich unrichtig (S. 6 Ziff. 7 unten). Es habe daher beim Anspruch auf eine ganze Rente zu bleiben (S. 7 oben).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die von der Beschwerdegegnerin am 15. Juni 2016 verfügte Renteneinstellung für die Zukunft zu Recht erfolgt ist. 3. 3.1

Dr. med. Z. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Gutachten vom 21. Oktober 2003 (Urk. 6/23) als Diagnose eine Somatisierungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Als Differentialdiagnose nannte er eine dissoziative Störung der Bewegung und Empfindung aus der Gruppe der

Konversionsstörungen. Der Gutachter führte weiter aus, es handle sich bei beiden Diagnosen um funktionelle Störungen, in deren Zentrum emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme stünden (S. 6 Ziff. 4). Dr. Z.____ attestierte der Beschwerdeführerin für die Tätigkeit als Lageristin eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 6 Ziff. 5). 3.2

Die Beschwerdeführerin ist seit Februar 2004 bei med. pract. A.____, praktischer Arzt, in Behandlung (Urk. 6/46/2 lit. D.1). Med. pract. A.____ nannte im Bericht vom 19. Februar 2005 (Urk. 6/46/1-2) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die zirka 1997 begonnen habe, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, seit Februar 2002, und chronifizierte Handgelenksschmerzen rechts, seit zirka 1997 (lit. A). Med. pract. A.____ attestierte für die bis zirka September 2001 ausgeübte Tätigkeit als Lageristin von September 2001 bis Februar 2005 und bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (lit. B). 3.3

3.3.1

Die Beschwerdegegnerin gab beim B.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, das am 6. März 2007 (Urk. 6/61) erstattet wurde.

Die Gutachter gaben zur Krankengeschichte an, die Beschwerdeführerin könne die rechte Hand beziehungsweise den rechten Arm nicht mehr einsetzen. Somit könne sie auch beinahe keine Haushaltsarbeiten mehr verrichten. Einzig mit der linken Hand sei es ihr noch möglich, Möbelstücke abstauben. Die Mutter, die Schwester und vor allem der Ehemann erledigten den Haushalt. Ab zirka 1998 sei es wegen zunehmender Schmerzen im Handgelenk zu Arbeitsausfällen gekommen. Zirka seit dem Jahr 2001 habe sie nicht mehr gearbeitet (S. 8 Ziff. 2.1 und 2.2). Ein Unfall habe nicht stattgefunden. Eine eigentliche Erklärung für die Handgelenksschmerzen habe ihr niemand geben können. Im Verlauf seien diese immer ausgeprägter aufgetreten. Zunehmend habe sie Schmerzen im gesamten rechten Arm, der rechten Schulter und in der Nackenregion festgestellt, die bis in den Kopf ausstrahlen würden. Weiter sei sie zunehmend depressiv geworden (S. 9 Ziff. 2.3).

Zur handchirurgischen und orthopädischen Untersuchung durch Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, wurde ausgeführt, die heftige Druckdolenz dorsal über der scapholunären Region sei durch ein objektiv vorhandenes Ganglion in diesem Bereich nur zu einem kleinen Teil erklärbar. Es wäre zu erwarten gewesen, dass es nach einer im Jahr 2002 durchgeführten lokalen Infiltration des Gangliongebietes zumindest zu einer kurzfristigen Schmerzreduktion kommen würde. Die Injektion habe aber eindeutig zu einer Schmerzazerbation geführt. Aus diesem Grund dürfe mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass das im MRI festgestellte dorsoradiale Handgelenks ganglion in der Kausalität für das heute vorhandene chronische Schmerzsyndrom nur eine untergeordnete Rolle spiele. Auch das palmar ulnare Ganglion sei ebenfalls von sehr untergeordneter Bedeutung für die Kausalität der Beschwerden. Die dominante rechte Hand sei praktisch total ausgefallen. Die Explorandin sei als funktionelle Einhänderin zu betrachten (S. 15 Ziff. 3.2.5 Mitte). Stelle man lediglich auf die objektivierbaren somatischen Befunde ab, sei die Arbeitsfähigkeit der Explorandin nur geringgradig eingeschränkt. Lediglich beim repetitiven Halten und Heben von Lasten von über 15 kg sei eine Einschränkung vorhanden (S. 15 Ziff. 3.2.5 unten).

Klinisch neurologisch finde sich bei chronischen Handgelenksschmerzen rechts eine leichte Sensibilitätsstörung im Ausweitungsgebiet des Nervus medianus rechts, dies bei symmetrischen Armeigenreflexen und intakter Motorik. Neuro graphisch seien die gemessenen sensiblen Medianuswerte aber alle im Normbereich. Ein übergeordnetes neurologisches Leiden könne somit ausgeschlossen werden (S. 17 Ziff. 3.3.5). 3.3.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte zur psychiatrischen Untersuchung aus, die Beschwerdeführerin zeige seit Jahren auf somatischer Ebene eine kaum erklärbare Schmerzhaftigkeit und Kraftlosigkeit in der rechten Hand mit zunehmender Ausstrahlung und Ausbreitung in den gesamten rechten Arm. Hier würden auch nicht objektivierbare Gefühlsstörungen auftreten. Insbesondere bestehe ein Gefühl, als gehöre der Arm gar nicht zu ihr. Dabei handle es sich eindeutig um ein dissoziatives Symptom. Die Symptomatik sei am treffendsten im Rahmen einer Konversionsstörung zu diagnostizieren. Als Differentialdiagnose komme eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Frage, wobei die Symptomatik aber auf die rechte Hand und den rechten Arm lokalisiert bleibe und nicht den ganzen Körper betreffe. Sekundär habe sich eine chronifizierte und erhebliche vorwiegend apathisch-gehemmte und klagsame Depression eingestellt (S. 20 f. Ziff. 3.4.5). 3.3.3

Die Gutachter nannten als Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21 Ziff. 4.1): - dissoziative Störung, gemischt (= Konversionsstörung) - Differentialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode - dorsoradiales und palmarulnares Handgelenkganglion rechts

Als Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S. 21 Ziff. 4.2): - Hyperästhesie in der palmar radialen Fingerkuppe Digitus II links bei - Status nach Kuppen-Teilamputation 1994 - Übergewicht

Es wäre zu erwarten gewesen, dass es bei einer 2002 durchgeführten lokalen Infiltration des Gangliongebietes zumindest zu einer vorübergehenden Reduktion der Schmerzen kommen würde. Dies und der Umstand, dass die ausge dehnten und ausgeprägten Schmerzen durch das Handgelenkganglion nicht erklärt werden könnten, dokumentiere zusätzlich eine im Vordergrund stehende psychosomatische Entwicklung im Sinne einer Konversionsstörung. Wann die Entwicklung genau angefangen habe, sei nicht sicher dokumentiert. Offenbar stelle eine Schnittverletzung im Juli 1994 den Beginn einer Ausweitungssymptomatik dar. Die Beschwerdeführerin habe das damalige Ereignis offenbar subjektiv als traumatisch erlebt (S. 22 oben). Sicher dokumentiert seien Beschwerden seit dem Jahr 1998, die seit diesem Zeitpunkt progredient zugenommen hätten. Auf psychiatrischer Ebene fänden sich verschiedene Klagen über somatische Schmerzen und Beschwerden, die von ihrer Zusammensetzung und Charakteristik her eindeutig für ein psychosomatisches Geschehen sprächen (S. 22 Mitte). Faktisch müsse die Beschwerdeführerin als funktionelle Einhänderin beziehungsweise als Einarmige bezeichnet werden (S. 22 unten).

Aufgrund der funktionellen Einarmigkeit und der erheblichen depressiven Symptomatik sei die Beschwerdeführerin als Hilfsarbeiterin zurzeit im Umfang von 70 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Rein somatisch beurteilt, bestehe eine Einschränkung für repetitives Heben und Halten von Lasten von über 15 kg (S. 23 oben).

Es handle sich um ein langsam progredientes Leiden. Wann genau eine hoch gradige funktionelle Einschränkung im Bereich der rechten Hand und des rechten Armes eingetreten sei, sei retrograd schwierig zu beurteilen. Die Beschwerdeführerin habe

deswegen bereits im Jahr 2001 ihre Berufstätigkeit ein geschränkt. Es werde geschätzt, dass die Einschränkung seit zwei Jahren bestehe (S. 23 f. Ziff. 7.1). Das Ausmass der mittelschweren Depression werde seit zwei Jahren als im heutigen Grade bestehend beurteilt. Offenbar habe sich seit Oktober 2003 eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Zustandes eingestellt. Eine Arbeitsfähigkeit von 70 % könne daher heute nicht mehr pos tuiert werden (S. 25 Ziff. 7.5). 3.4

Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), gab in einer Stellungnahme vom 4. Juni 2007 (Urk. 6/71 S. 3 unten) an, gemäss der vorliegenden umfangreichen, polydisziplinären medizinischen Abklärung im B.____ leide die Beschwerdeführerin an einer dissoziativen Störung, gemischt, an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittel schwere Episode, sowie an einem dorsoradialen und palmarulnaren Handge lenksganglion rechts. Als Differentialdiagnose sei zudem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gestellt worden. Nach dem Gutachten sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % für jegliche Tätigkeiten auszugehen. Seit dem 8. Oktober 2001 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und seit dem 1. März 2005 eine solche von 70 %. 3.5

Mit Verfügungen vom 12. Juni 2008 (Urk. 6/84) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab dem 1. Mai 2005 eine Viertelsrente und ab dem 1. August 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 70 % eine ganze Rente zu. 4. 4.1

Im Oktober 2010 wurde eine Revision eingeleitet (vgl. Urk. 6/88 S. 3).

Dr. med. F.____, praktischer Arzt, gab in einem Schreiben vom 27. Oktober 2010 (Urk. 6/90/3) an, er sehe die Beschwerdeführerin etwa alle halbe Jahre bis ein Mal pro Jahr. Sie klage immer über die gleichen Schmerzen. Die Patientin solle von einem Vertrauensarzt aufgeboden werden, damit festge stellt werden könne, inwiefern sie arbeiten könne. Eine Atrophie der Muskulatur finde sich nicht. Diese sei allgemein etwas schwach. Ansonsten könne er keine Stellung nehmen. 4.2

Med. pract. A.____ attestierte der Beschwerdeführerin in einem Bericht vom 6. Dezember 2010 (Urk. 6/91/1-4) für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lage ristin bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). Limitierend wirkten sich eine starke Vergesslichkeit und eine rasche Erschöpfung aus. Die Beschwerdeführerin sei ständig auf die Hilfe anderer Personen angewiesen. In der freien Wirtschaft sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Einfache Aufgaben im Haushalt könne sie während zirka ein bis zwei Stunden pro Tag ausführen (Ziff. 1.7). 4.3

Med. pract. G.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilita tion, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 20. Dezember 2010 (Urk. 6/92 S. 2 unten) aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden eine anhaltende somato forme Schmerzstörung, eine rezidivierende depressive Störung und chronifi zierte Schmerzen des rechten Handgelenks. Für die Tätigkeit als Lageristin bestehe seit September 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In Anlehnung an med. pract. A.____ sei weiterhin ein stationärer Gesundheitszustand mit einer unveränderten Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeiten aus gewiesen. 5.

5.1

Die Beschwerdeführerin gab anlässlich einer im Juli 2014 eingeleiteten weiteren Revision (vgl. Urk. 6/94) ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag, das am 29. Mai 2015 erstattet wurde (Urk. 6/111/1-2). Die orthopädische Untersuchung erfolgte am 17. April 2015 durch Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Urk. 6/110 S. 5 oben). Die psychiatrische Untersuchung fand am 17. April 2015 durch Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, statt (Urk. 6/111/3 unten). 5.2

Dr. H.____ führte im orthopädischen Teilgutachten vom 17. April 2015 (Urk. 6/110) zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung über eine anhaltende Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Unterarmes und betont im Bereich des rechten Handgelenkes berichtet. Seit zwei Jahren strahle die Symptomatik auch vermehrt in das rechte Schultergelenk aus. Die Schmerzen im Bereich des rechten Armes nähmen unter Belastung zu (S. 54 Ziff. 1 Mitte). Hinsichtlich der Schmerzintensität gebe die Beschwerdeführerin an, dass sie aktuell einen Schmerz mit einem Wert von 5 bis 6 auf der VAS-Skala (0-10) verspüre. Wenn sie versuche, den Arm zu aktivieren, habe die Schmerzintensität einen Wert von 100 (ausdrücklich nicht 10) auf der Schmerzskala (S. 55 unten).

Der in der Untersuchung unbewusst durchgeführte Wadell'sche Rumpfdrehungstest sei regelrecht erfolgt (S. 71 Mitte). Aufgrund der im Rahmen der klinischen Untersuchung des rechten Unterarmes inkonsistent angegebenen Beschwerden sei die Untersuchung mittels eines roten Laserpointers erfolgt. Die Explorandin sei befragt worden, ob die Beleuchtung mit einem Laserpointer bei ihr eine Zunahme der Schmerzen ausgelöst habe. Sie habe daraufhin angegeben, dass sie bei der Untersuchung des rechten Unterarmes sowie der rechten Hand eine deutliche Zunahme der Schmerzen verspürt habe (S. 75 f.). Die punktuelle Bestrahlung eines Hautareals mit einem handelsüblichen roten Laserpointer verursache jedoch ausser dem Lichteffekt keinerlei Schmerzen oder Temperatursensationen. Eine positive Schmerzverstärkung, wie sie die Beschwerdeführerin angegeben habe, sei physiologisch nicht erklärbar und gemäss der Literatur als eine nicht von der Hand zuweisende Aggravationstendenz aufzufassen (S. 76 oben). Trotz einer subjektiv empfundenen Schmerzintensität von 60 auf der VAS-Skala sei es sodann frei möglich gewesen, das rechte Handgelenk zu untersuchen, ohne jedwede schmerzbedingte Ausweichbewegung seitens der Explorandin (S. 77 oben).

Dr. H.____ stellte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Senk-Spreizfüsse beidseits und eine motorisch und morphologisch reizlos ausgeheilte linksseitige Zeigefingerkuppen-Teilamputation aus dem Jahr 1994 (S. 86 lit. D. Ziff. 1-2).

Der B.____-Gutachter Dr. C.____ habe anlässlich der damaligen Begutachtung im B.____ kein anatomisch-morphologisches Korrelat für die beklagten Beschwerden gefunden. Gemäss dessen Einschätzung sei die dominante rechte Hand praktisch total ausgefallen und die Explorandin sei als funktionelle Einhänderin zu betrachten. Dr. H.____ gehe mit der versicherungsmedizinischen Einschätzung durch den Gutachter des B.____ nicht einig (S. 89 oben). Die Explorandin habe im Rahmen der aktuellen klinischen Untersuchung sowohl bei der aktiven als auch der passiven Überprüfung eine freie Mobilität des rechten Schulter- und Ellenbogengelenkes demonstriert. Bei der Überprüfung der Mobilität des rechten Handgelenkes habe sich sowohl die aktive Beugung als auch die aktive Streckung rechtsseitig als deutlich eingeschränkt erwiesen. Dies habe der Explorandin gemäss ihren

eigenen Angaben starke Schmerzen mit einem Punktwert von 60 auf der visuellen Analogskala verursacht. Im Rahmen der passiven Überprüfung des rechten Handgelenkes habe sich hingegen eine uneingeschränkte Beweglichkeit bei der Streckung und Beugung gezeigt (S. 90 oben). Aufgrund der seitengleichen symmetrischen Muskeln im Bereich beider Arme sowie insbesondere beider Handflächen im Bereich der Daumenballen sowie der Kleinfingerballen und der seitengleich symmetrischen Beschwielung beider Fingergrundgelenke sei vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin beide obere Extremitäten im alltäglichen Leben seitengleich symmetrisch frei einsetze. Die von Gutachter Dr. C. ___ 2007 geäußerte Auffassung einer funktionellen Einarmigkeit könne er daher nicht teilen (S. 92 oben). Insbesondere aufgrund der durchgeführten klinischen Untersuchung könne er sich des Ein drucks einer ausgeprägten Verdeutlichungstendenz seitens der Explorandin nicht erwehren (S. 92 Mitte).

Auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet lägen keine handicapierenden Funktionsstörungen vor, welche in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer adaptierten Tätigkeit mittel- und langfristig eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr begründen könnten. Es handle sich um eine andere Beurteilung eines medizinisch unveränderten Sachverhaltes (S. 98 lit. F1). Mit Verweis auf das Fachgutachten von Dr. C. ___ aus dem Jahr 2007 handle es sich um einen im Wesentlichen unveränderten orthopädischen Gesundheitszustand, wobei die von der Explorandin beklagten Beschwerden im Bereich des rechten Armes und des rechten Handgelenkes nicht objektiviert werden könnten (S. 99 lit. I 1). 5.3

Prof. I. ___ führte im psychiatrischen Teilgutachten vom 18. April 2015 (Urk. 6/11/3-56) aus, die Beschwerdeführerin habe zu ihrem Leiden angegeben, dass die Schmerzen im Arm im Jahr 1997 mit zunehmenden Gelenksbeschwerden langsam begonnen hätten. Sie habe viele Medikamente genommen, um die Schmerzen im Arm loszuwerden, dennoch hätten sich diese ausgebreitet und es sei zu Schmerzen im gesamten rechten Arm und dem Nacken und auch des Hinterkopfes gekommen (S. 38 Ziff. 2.1 oben). Die Beschwerdeführerin sehe sich aufgrund der Schmerzen nicht mehr in der Lage, eine Berufstätigkeit auszuüben. Es stünden ihr jedoch zahlreiche Ressourcen zur Verfügung. So sei die familiäre Situation harmonisch und sie werde von ihren Angehörigen sehr stark unterstützt (S. 40 Ziff. 2.4).

Die Explorandin beklage Konzentrationsstörungen. Während der Untersuchung habe die Aufmerksamkeit und Konzentration aber gut gehalten werden können und diese hätten im Verlauf der zirka zweistündigen Untersuchung nicht abgenommen. Die Explorandin habe am Gespräch teilgenommen und sei nicht erhöht ablenkbar gewesen (S. 43 oben).

Die Beschwerdeführerin und ihre Familie seien in der Schweiz gut integriert. Sie spreche gut Deutsch. Ihr Ehemann gehe mit einem Pensum von 100 % einer Tätigkeit nach. Psychosoziale Faktoren dominierten das psychopathologische Bild nicht (S. 45 unten).

Im Hinblick auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z. ___ vom 21. Oktober 2003 könne die Differentialdiagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung aus gutachterlicher Sicht nicht geteilt werden. Dies, da die Beschwerdeführerin auf Verlangen die Hand motorisch bewegen könne. Sie habe auch angegeben, dass die Hand nicht gelähmt sei. Sie schone diese und bewege sie deshalb nicht (S. 46 unten). Nach Einschätzung von Prof. I. ___ sei auch die im Gutachten des B. ___ vom 6. März 2007 gestellte Diagnose einer dissoziativen Störung nicht korrekt. Dem Gutachten des B. ___ mangle es an objektiven Befunden. Hingegen würden unbeweisbare, spekulative psychodynamische Zusammenhänge als

Begründung für die Störung angeführt. In die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien auch somatische Befunde eingeflossen. Damit sei das psychiatrische Teilgutachten in seiner Glaubwürdigkeit und Beweiskraft wenig überzeugend und kaum nachvollziehbar (S. 47 Mitte).

Prof. I.____ stellte keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradig und reaktiv zur Schmerz störung (S. 50 lit. E. Ziff. 1-2). Auf der Grundlage der IV-relevanten Bestimmungen lägen auf psychiatrischem Fachgebiet bei der Explorandin keine handicapierenden Fähigkeitsstörungen vor, die sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr begründen würden (S. 51 lit. F Mitte). 5.4

Dr. H.____ und Prof. I.____ führten in der bidisziplinären Zusammenfassung vom 29. Mai 2015 (Urk. 6/111/2) aus, auf psychiatrischem und orthopädischem Fachgebiet lägen keine handicapierenden Fähigkeitsstörungen vor, die in der zuletzt ausgeübten und auch in einer adaptierten Tätigkeit mittel- und lang fristig eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr begründen würden. Aus psychiatrischer Sicht handle es sich um eine andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhaltes. Der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei weitgehend unverändert. 5.5

Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 2. November 2015 (Urk. 6/120 S. 5) aus, nach dem bidisziplinären Gutachten vom 29. Mai 2015 sei vonseiten der objektiven psychiatrischen Befunde gegenüber dem Vorgutachten keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Die depressive Störung sei als reaktiv zum Schmerzgeschehen zu interpretieren. Die Ausprägung erweise sich medizinisch als nicht so stark, dass sie die Überwindbarkeit der somatoformen Störung verhindern würde.

Von orthopädischer Seite bestehe ein völlig unauffälliger Befund der Beine, der Wirbelsäule und des linken Armes. Eine Minderung der Muskelmasse des rechten Armes und der Hand und radiologische Zeichen einer Inaktivitätsosteoporose seien nicht festgestellt worden. Objektiv liessen sich keine handicapierende orthopädisch-chirurgisch begründeten Funktionsstörungen erheben. Für die angestammte und eine angepasste Tätigkeit bestehe daher eine volle Arbeitsfähigkeit. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Die Verwaltung kann auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG).

Zweifellose Unrichtigkeit im wiedererwägungsrechtlichen Sinn liegt etwa vor, wenn die Verfügung aufgrund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erlassen oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewendet wurden. Weiter kann eine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung auch bei unrichtiger

Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 8C_947/2010 vom 1. April 2011, E. 2.2.1).

E. 6.2

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).

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin hob ihre Mitteilung an die Beschwerdeführerin vom 21. Dezember 2010 mit der angefochtenen Verfügung wiedererwägungsweise auf. Mit der Mitteilung hatte sie einen Anspruch auf eine ganze Rente bestätigt, wobei neu ein Invaliditätsgrad von 100 % (anstelle von zuvor 70 %) ausgewiesen wurde (Urk. 6/93).

Zunächst ist die Voraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit zu prüfen. RAD Arzt Med. Pract. G.____ stellte darauf ab, dass die Beschwerdeführerin wie vom behandelnden Arzt med. pract. A.____ attestiert zu 100 % arbeitsunfähig sei (E. 4.3 hiervor). Im Umstand, dass sich der RAD der Beschwerdegegnerin der Einschätzung durch med. pract. A.____ angeschlossen hat, ist keine unzureichende Sachverhaltsabklärung zu erkennen. Namentlich handelt es sich nicht um eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Daran ändert auch die Empfehlung von Dr. F.____ im Schreiben vom 27. Oktober 2010 nichts, wonach die Beschwerdeführerin für eine vertrauensärztliche Untersuchung aufgeboten werden sollte (E. 4.1). Indem die Beschwerdegegnerin der vertretbaren Einschätzung ihres RAD gefolgt ist, fehlt es an der Voraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit. Ein Zurückkommen auf die Mitteilung vom 21. Dezember 2010 gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG ist daher nicht möglich.

E. 6.4

Zu prüfen bleibt, ob ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben ist.

Dr. H.____ erwähnte zwar, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht gegenüber der Begutachtung im B.____ nicht verändert habe (E. 5.2 hiervor). Ein massgeblich veränderter Sachverhalt ist jedoch darin zu sehen, dass die Gutachter des B.____ die Beschwerdeführerin als funktionell einarmig eingeschätzt hatten und sie gestützt darauf zu einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % für jegliche Tätigkeiten gelangt waren. Die Gutachter des B.____ führten auch die somatische Diagnose eines dorsalen und palmarulnaren Handgelenksganglions als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der Diagnoseliste auf (E. 3.3.3 hiervor). Dr. H.____ stellte anlässlich der aktuellen Begutachtung als Befunde eine seitengleiche symmetrische Bemuskelung beider Arme und der Handflächen fest. Dies führte den Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin die beiden oberen Extremitäten im alltäglichen Leben seitengleich

symmetrisch frei einsetze. Zudem gab er an, dass er sich des Eindrucks einer Verdeutlichungstendenz nicht habe erwehren können (E. 5.2). Hierbei handelt es sich im Vergleich mit der Begutachtung im B.____ um neue Befunde.

Die Gutachter des B.____ nannten sodann als psychiatrische Diagnosen eine Konversionsstörung und eine rezidivierende depressive Störung. Prof. I.____ nannte im psychiatrischen Teilgutachten vom 18. April 2015 als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine rezidivierende depressive Störung. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung findet sich im Gutachten des B.____ als Differentialdiagnose. In psychiatrischer Hinsicht ist daher von einem weitgehend unveränderten Sachverhalt auszugehen. Dem nach liegt namentlich aus orthopädischer Sicht verglichen mit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache vom 12. Juni 2008 ein erheblich veränderter medizinischer Sachverhalt vor. Eine Revision gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG ist daher möglich.

E. 6.5

Das bidisziplinäre Gutachten von Dr. H.____ und Prof. I.____ vom 29. Mai 2015 erweist sich als beweistauglich. So werden mit dem Gutachten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin umfassend dar gelegt. Weiter beruht es auf den notwendigen eingehenden psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen und es berücksichtigt die geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Es vermag sodann auch in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen. Das Gutachten erfüllt demzufolge die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (E. 6.2 hiervor). Auf das Gutachten kann daher abgestellt werden.

Gestützt auf das Gutachten von Dr. H.____ und Prof. I.____ ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin dahingehend verbessert hat, dass sie in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist.

E. 6.6

Zusammenfassend ergibt sich, dass bei einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lageristin für die Zukunft kein Rentenanspruch mehr besteht.

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch für die Zukunft zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung vom 15. Juni 2016 erweist sich demzufolge als rechens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und 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: - Rechtsanwalt Daniel Christe -
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
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Brugger

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.

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