

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00538 vom 13. September 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00538](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00538)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00538 du 13 septembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00538 del 13 settembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu ( Urk. 6/25 -26 ).

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

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

#### **E. 1.2**

). Zudem bestritt die Beschwerdeführerin den von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen und zu keinen Beanstandungen von Amtes wegen führenden Einkommensvergleich ( Urk. 6/96), wonach ein Invaliditätsgrad von 24 % vorliege, nicht .

#### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herab gesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung 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 Aufgabenbereich 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).

#### **E. 1.4**

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen 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. 1.5**

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

#### **E. 1.6**

) vollumfänglich. Es setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigt insbesondere auch sämtliche bis dahin eingegangenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Insgesamt ist das Gutachten umfassend und vermag zu überzeugen. 5.3.2

Im polydisziplinären Z.\_\_\_\_-Gutachten wurde überzeugend dargelegt, dass die Mindebelastbarkeit der rechten oberen Extremität vor allem zu qualitativen Einschränkungen führt. Die Gutachter kamen dementsprechend in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin keine körperlich schweren und auch mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wo zu auch die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als Verkäuferin an der Tankstelle zählt. Für eine körperlich leichte Arbeit – unter Beachtung des Belastungsprofils – liegt laut den Angaben der Gutachter eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit vor. Sodann wurde überzeugend ausgeführt, dass aus neurologischer Sicht aufgrund des teilweise nachvollziehbaren neuropathischen Beschwerdebildes eine leichte Leistungseinbusse von maximal 20 % zusätzlich attestiert werden kann.

Aus psychiatrischer Sicht stellten die Gutachter eine Dysthymie fest und massen dieser keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Dies ist nicht in Frage zu stellen, denn aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leicht gradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1). 5.3.3

Der beschwerdeweise aufgelegte Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 27. März 2017 vermag daran nichts zu ändern. Wenn Dr. A.\_\_\_\_ vorbringt, nach seiner Ansicht und im Rahmen des Arbeitsversuchs habe sich gezeigt, dass keine Belastbarkeit der rechten Hand bestehe und ein Arbeitseinsatz nicht zumutbar sei, so verkennt er, dass nach der Rechtsprechung die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4 und 9C\_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.3.3; je mit Hinweis). Inwiefern angesichts der Armumfänge eine 90%ige Funktionseinschränkung vorliegen soll, führt der behandelnde Internist nicht aus und er lässt seine eigene Einschätzung unbegründet. Überdies gibt Dr. A.\_\_\_\_ als Internist bei einer Beurteilung des orthopädisch-neurologischen Gesundheitszustand ein fachfremdes Urteil ab und es ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Spezialärzte (ebenso wie Hausärzte) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; BGE 122 V 160 E. 1c, je mit Hinweisen). 5.3.4

Aufgrund des Gesagten ist damit der medizinische Sachverhalt gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 27. März 2017 als dahingehend erstellt zu erachten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Tankstellen-Mitarbeiterin/Verkäuferin aus orthopädischer Sicht zu 100 % eingeschränkt ist, hingegen in einer behinderungsangepassten Tätigkeit spätestens seit Mai 2016 aus neurologischer Sicht eine 20%ige Einschränkung besteht. 6.

Bei dieser Ausgangslage erübrigt sich die Vornahme eines Einkommensvergleiches, da bei einer Einschränkung von lediglich 20 % in einer angepassten Tätigkeit ohnehin kein rentenanspruchsbegründender Invaliditätsgrad und damit auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente resultiert (vgl. vorstehend E.

## **E. 2**

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte mit Eingabe vom 15. Mai 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin weiterhin eine ganze Rente auszurichten (Urk. 1 S. 6). Mit

Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde ( Urk. 5), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 20. Juni 2017 mitgeteilt wurde ( Urk. 7).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, aus dem Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 30. August 2016 ergebe sich, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert habe und ihr aktuell eine angepasste Tätigkeit ab Mai 2016 zu 80 % zumutbar sei. Aus dem Vergleich des Einkommens ohne und mit gesundheitlicher Einschränkung ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 24 % , weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe ( Urk. 2).

### **E. 2.2**

).

### **E. 3**

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob wegen einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes und der sich daraus ergebenden Arbeitsfähigkeit die Voraussetzungen für eine Revision der laufenden Rente gegeben sind. Zeitliche Vergleichsbasis zu den mit der angefochtenen Verfügung vom 24. März 2017 beurteilten Verhältnissen bildet der Sachverhalt, auf dessen Grundlage mit Verfügungen vom 6. Juli und 5. August 2004 der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. August 2003 eine unbefristete ganze Rente zugesprochen worden war.

#### **E. 3.2**

Die erstmalige

Rentenzusprache mit Verfügung vom 5. Dezember 2002 basierte im Wesentlichen auf den folgenden Berichten (E. 3.2.1-3.2.2). Die Verfügungen vom 6. Juli und 5. August 2004 (Urk. 6/49-50) , mit welchen die halbe auf eine ganze Rente erhöht wurde, basierten in medizinischer Hinsicht auf den nachfolgenden medizinischen Berichten ( E. 3.2.3-3.2.5 ).

##### **E. 3.2.1**

Dr. med. B.\_\_\_\_ , FMH

Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie , führte mit Bericht vom 3. August 2001 zu Händen des Unfallversicherers der Beschwerdeführerin ( Urk. 6/2/3-4) aus, der unmittelbar postoperative Verlauf sei jeweils komplikationslos verlaufen. Die Beschwerdeführerin klagte jedoch weiterhin über Schmerzen im rechten Daumen, die zunächst intermittierend , später chronisch permanenten Charakter angenommen hätten. Die Schmerzen, die anfänglich im Bereich des Thenars und des Daumens aufgetreten seien, hätten sich auf die gesamte Hand ausgebreitet und würden insbesondere bei der Arbeit zuhause und im Beruf auftreten. Aus diesem Grund sei die Beschwerdeführerin im Juni 2000 der Schmerzprechstunde des Instituts für Anästhesiologie zugewiesen und dort lokaltherapeutisch behandelt worden, die geringe Ansprechbarkeit auf

konservative therapeutische Schmerzgruppierung habe zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab März 2001 bis voraussichtlich Oktober 2001 geführt. Eine volle Wiederaufnahme der Berufstätigkeit werde vorge schlagen, allerdings dürfe die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeit als Verkäuferin an einer Tankstelle nicht für schwere, den rechten Daumen belastende Arbeiten, wie das Einfüllen von Benzin, herangezogen werden ( Urk. 6/2/3-4).

### **E. 3.2.2**

Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Anästhesiologie, hielt mit Bericht vom 27. Februar 2002 zu Händen der Beschwerdegegnerin ( Urk. 6/11/5-6) fest, die Beschwerdeführerin habe seit 1997 ein neuropathisches Schmerzsyndrom an der rechten Hand bei Status nach Karpaltunneloperation mit Verdacht auf Durchtrennung eines Thenarastes

des rechten Daumens mit konsekutiver Thenaratrophy. Die Beschwerdeführerin sei durch die neuropathischen Schmerzen, die belastungsabhängig seien, stark eingeschränkt und es sei zu einer Invalidisierung gekommen ( Urk. 6/11/5). Es sei im Verlauf zu einer Zunahme der Schmerzen gekommen und die Patientin habe ihre Arbeit kaum noch durchführen können. Insbesondere, da die Schmerzen stark belastungsabhängig seien und die Beschwerdeführerin als Verkäuferin in einem Tankstellen-Shop viel mit ihren Händen arbeiten müsse. In nächster Zeit werde eine schwere oder mittelschwere Arbeit sicher nicht mehr durchgeführt werden könne und es sei auch für eine leichte Arbeit zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit gekommen ( Urk. 6/11/6).

### **E. 3.2.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 26. Mai 2003 zu Händen der Beschwerdegegnerin ( Urk. 6/32), bei der Beschwerdeführerin lägen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor ( Urk. 6/32/5): - chronisches regionales Schmerzsyndrom der rechten Hand - Status nach Karpaltunnelsyndrom 1997 - Status nach iatrogenen Verletzung des motorischen Thenarastes des Nervus

medianus rechts am 11. Juli 1997 bei KTS-Release - operative Revision des Nervus

medianus am 18. November 1998 - funktioneller Ausfall der radialen Thenarmuskulatur rechts Dysplasie/

Destabilisierung des Daumensattelgelenkes rechts - Arthrose des Daumengrundgelenkes rechts

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin deshalb seit 2001 zu 60 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin habe stark invalidisierende Schmerzen und Funktionsstörungen im Bereich der rechten Hand mit Ausstrahlungen in den rechten Arm. Es liege eine vollständige Atrophie und hochgradige Funktionsstörung der radialen Thenarmuskulatur vor bei deutlicher Einschränkung der Beweglichkeit der Daumengelenke ( Urk. 6/32/6). Die Schmerzen in der rechten Hand sowie die Dysästhesien (Brennen, Kältegefühl) hätten in den letzten Jahren zugenommen. Durch die geplante Operation (mikroskopische Neurolyse des Nervus

medianus) sollte eine Reduktion der Schmerzen und eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Bereich der rechten Hand erreicht werden, wodurch die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könne sollte ( Urk. 6/32/7).

### **E. 3.2.4**

Dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2004 zu Händen der Be schwerdegegnerin kann entnommen werden, nach Ansicht des Chirurgen sei die Operation erfolgreich verlaufen. Nach Aussage der Beschwerdeführerin seien die Schmerzen im rechten Arm/in der rechten Hand eher noch stärker (Urk. 7/41/1). Der Operateur wolle die Arbeitsfähigkeit langsam auf 100 % steigern. Zurzeit arbeite die Beschwerdeführerin drei Stunden täglich , wozu sich die Beschwer deführerin nicht in der Lage sehe ( Urk. 7/41/2). Ab circa Anfang Februar 2004 sei eine vierstündige Erwerbstäti gkeit (halbtags) zumutbar (Urk. 6/41/4).

### **E. 3.2.5**

Prof. Dr. E.\_\_\_\_ , FMH Chirurgie und Handchirurgie, hielt mit Bericht vom 1 1. Februar 2004 zu Händen von Dr. D.\_\_\_\_ fest, seit der letzten operativen Behandlung seien neun Monate vergange n. Die Beschwerde führerin bereu e die Operation, da diese den Zustand faktisch verschlechtert habe. Die objektiven Befunde seien aber besser als bei der Voruntersuchung. Nament lich seien heute Verspannungen der Nackenmuskulatur nicht mehr nachweisbar. Die Befunde im Bereiche des Ellenbogens seien unauffällig, die Handgelenks beweglichkeit sei eher etwas besser geworden. Es sei zu einer weitgehenden Auf lockerung der ehemals stark indurierten Narbe der Palmar-Ulnarseite des rechten Handgelenkes gekommen, mit noch residuellen

Druckdolenzen an der Umlenkungsstelle der Opponensplastik , über dem Pisiforme , geringer auch entlang der Thenarstrecke des Transfers, und vor allem im Insertionsbereich an die Streck sehne. Die Hyperpathie des Nervus

medianus sei nicht mehr ausgesprochen, seine Gegend könne jetzt ohne Schmerzangabe palpirt werden. Der trophische Zustand der Hand sei weiterhin gut geblieben, man sehe aber Residuen solcher Störungen in Form von fixierten Flexionskontrakturen der PIP Gelenke Dig . III-V von 10° bzw. 20°. Die Daumenkommissur sei offen und die Zirkumduktion recht gut gegeben . Auch könne der Daumen ausreichend abduziert und extendiert werden. Die Flexion des Daumens sei eingeschränkt, zumal eine Arthrodesese des Daumen grundgelenkes durchgeführt worden sei und sich Strecksteifen im Bereich des IP-Gelenkes ergeben hätten, was dazu führe, dass der Daumen nur gerade die Kuppe des Ringfingers berühre, und die Kuppe des Kleinfingers mit einer Sperrdistanz von 4mm angehe. Seit der Voruntersuchung habe die Patientin etwas IP - Flexion des Daumens dazu gewonnen, nämlich 15°. Die Reintegration der Beschwerde führerin sollte nach Ansicht t von Dr. E.\_\_\_\_ mindestens drei Stunden täglich betragen, wobei es primär noch nicht auf die Arbeitsleistung, sondern nur auf die Reintegration ankomme ( Urk. 6/44/3-4).

### **E. 3.2.6**

Der für den Regionalen Ärztlichen Dienst täti ge Dr. med. F.\_\_\_\_ , FMH Allgemeine Innere Medizin , nahm am

### **E. 3.3**

Zum aktuellen Gesundheitszustand ist den medizinischen Akten folgendes zu ent nehmen:

#### **E. 3.3.1**

Dem polydisziplinären Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 1 1. August 2016 kann folgende Diag nose mit Auswirkung auf die Arbeitsf ähigkeit entnommen werden (Urk. 6/85/31): - chronische Hand-, Arm- und Schulterbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M79.60/Z98.8/Z98.1/T88.8) - Status nach Karpaltunnelrelease mit intraoperativer Durchtrennung des Thenarastes am 1 1. Juli 1997 ( G.\_\_\_\_ ) - Status nach Revision des

Karpalkanales mit Neurolyse des Nervus  
medianus und Neurotisation des Musculus  
abductor  
pollicis

brevis mit dem Thenarast unter intraoperativer Neurographie am 18. November 1998  
(Wiederherstellungschirurgie, H.\_\_\_\_) - Status nach ausgedehnter mikrochirurgischer  
Neurolyse des Nervus

medianus und seiner Äste, grösstenteils auf faszikulärer Ebene geführt, Hypothenar  
-Fettlappenplastik, Arthrodese des Daumengrundgelenks und FDS -IV- Opponensplastik  
am 30. Mai 2003 bei chronischem regionalem Schmerzsyndrom der Hand, Arthrose des  
Daumengrund- und Dysplasie des Daumensattelgelenkes (Handchirurgie K.\_\_\_\_) - klinisch  
kein Hinweis für längerdauernde Schonung dieser Extremität

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter folgende  
fest (Urk. 6/85/31): - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - chronisches lumbovertebrales  
Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - radiologisch Degeneration LWK4/5/SWK1 ohne  
Neurokompression (MRI 3. September 2014) - Status nach Karpaldachspaltung links am 6.  
September

2007 (Dr. I.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_; ICD.10 Z98.8) - craniomandibuläre Dysfunktion (ICD-10 K07.6) -  
rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7) - wiederholte Einnahme von  
NSAID - Dauerbehandlung mit PPI

Die Gutachter hielten fest, den subjektiv geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin  
entsprechend im Vordergrund stehe die Evaluation der dominanten rechten oberen  
Extremität. Dies sei in der orthopädischen und neurologischen Untersuchung durchgeführt  
worden. Retrospektiv sei bei der Beschwerdeführerin der Status nach Karpaltunnelrelease  
1997 zu vermerken mit späterer Revisionsoperation 1998 in der Handchirurgie im H.\_\_\_\_  
und ausgedehnter Revisionsoperation mit verschiedenen Massnahmen in der  
Handchirurgie im K.\_\_\_\_ im Mai 2003. Objektivierbar sei eine Atrophie der  
Thenarmuskulatur, was mit einer Läsion des Ramus

thenaris vereinbar sei. Weiterhin wirke sich die Versteifung des Daumengrundgelenkes  
objektiv auf die Feinmotorik aus. Aus neurologischer Sicht könne ein persistierendes  
Schmerzsyndrom bis zu einem gewissen Ausmass bei einem Status nach Voroperation  
nachvollzogen werden. Gleichzeitig sei anzumerken, dass wesentliche anderweitige  
muskuläre Atrophien, die bei erheblicher Schonung des Armes, welche die  
Beschwerdeführerin zur Geltung zu bringen versuche, nicht vorlägen. Im Weiteren sei das  
Lumbovertebralsyndrom zu vermerken, welches jedoch zum heutigen Zeitpunkt subjektiv  
und objektiv nicht mehr im Vordergrund stehe. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit resultiere,  
dass diese wegen der Minderbelastbarkeit der rechten oberen Extremität vor allem  
qualitativ eingeschränkt sei. Es seien der Beschwerdeführerin keine körperlich schweren  
und auch mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar, worunter auch die zuletzt aus  
geführte, als Verkäuferin an der Tankstelle, zähle. Für körperlich nur leichte,  
wechselbelastende Tätigkeiten, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10  
kg, ohne hohe Anforderung an die Feinmotorik und ohne repetitive Handbewegungen  
bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund des teilweise nachvollziehbaren  
neuropathischen Beschwerdebildes könne aus neurologischer Sicht eine leichte

Leistungseinbusse zusätzlich bestätigt werden im Umfang von maximal 20 % . Aus HNO-ärztlicher Sicht könne bei der Beschwerdeführerin eine craniomandibuläre Dysfunktion festgestellt werden. Die weiteren Funktionen seien normal. Diese craniomandibuläre Dysfunktion sowie das Zungenbrennen unklarer Ätiologie könnten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen ( Urk. 6/86/32). Aus allgemeininternistischer beziehungsweise anderweitiger somatischer Sicht lägen keine Befunde und Diagnosen vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Aus psychiatrischer Sicht könne auf affektiver Ebene eine chronifizierte , leichte Störung festgestellt werden, welche diagnostisch einer Dysthymie zuordenbar sei . Das heisse , dass nicht das Ausmass einer leichten depressiven Episode bezüglich Depression erreicht sei. Die Arbeitsfähigkeit werde dadurch nicht tangiert. Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht, dass bei der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit, was allgemein für schwere, mittelschwere und nicht adaptierte Tätigkeiten zuträfe, eine bleibende, volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. In körperlich leichten, bezüglich rechter oberer Extremität angepassten Tätigkeiten bestעה hingegen eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit leicht erhöhtem Pausenbedarf. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der gutachterlichen Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten könne die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, allgemein in nicht adaptierten Arbeiten, seit der bestehenden Berentung bestätigt werden. Die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei mit Sicherheit seit Mai 2016 zu bestätigen. Bei genauer Durchsicht der Akten falle allerdings auf, dass die 2000 und 2003 involvierten handchirurgischen Fachärzte faktisch die Arbeitsfähigkeit schon gleich eingeschätzt hätten , wie die Gutachter heute . Die Beschwerdeführerin

sei hausärztlich und durch « Schmerztherapeuten » , also Anästhesisten, höhergradig arbeitsunfähig geschrieben, weil diese aus der Erfolglosigkeit ihrer Massnahmen einen Rückschluss auf die Arbeitsfähigkeit gezogen hätten . Es könne nicht nachvollzogen werden, weshalb die Erfolglosigkeit der schmerztherapeutischen Massnahmen nicht damit zu begründen versucht worden sei , dass ein ungenügendes objektives Korrelat zugrunde liegen könnte. Erfahrungsgemäss seien ursächlich objektivierbare Beschwerde- und Schmerzbilder einer ausgedehnten schmerztherapeutischen Behandlung immer zugänglich . Wenn dies nicht der Fall sei , deute dies in der Regel auf funktionelle, somatisch nicht erklärbare Überlagerungen hin. Möglicherweise seien damals durch die behandelnden Ärzte auch nicht facheigene Einschränkungen vermutet und bei der Arbeitsfähigkeit einbezogen worden. Letztlich könne dies nicht mehr klar zugeordnet werden. Aus diesem Grund könnten die Gutachter die aktuelle Einschätzung mit Sicherheit ab Mai 2016 bestätigen ( Urk. 6/85/33).

Bei der Beschwerdeführerin bestעה eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten, allgemein in schweren, mittelschweren und nicht adaptierten Tätigkeiten. In körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten bestעה eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % ( Urk. 6/85/34).

### **E. 3.3.2**

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 27. März 2017 zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin , es sei keine Verbesserung der Leistungsfähigkeit bezüglich der linken Hand und damit bezüglich der Arbeitsfähigkeit seit dem Bericht vom 28. Juni 2010 eingetreten. Die Behinderung durch das seit Jahren bestehende chronische regionale

Schmerzsyndrom der rechten Hand bei Status nach rezidivierenden Karpaltunneloperationen rechts habe sich seit März 2016 nicht im Geringsten verbessert. Die diesbezügliche Aussage der Beschwerdegegnerin sei schlichtweg falsch. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde einzig und allein durch die über 90 % ige Funktionseinschränkung der rechten Hand verursacht und sei Grund für die bisherige IV-Rente. Gemäss den medizinischen Abklärungen und dem durch die Beschwerdegegnerin durchgeführten Arbeitsversuch sei die Belastbarkeit bezüglich Kraft und Zeit (zwei bis drei Minuten) für den Arbeitseinsatz der rechten Hand nicht gegeben, welcher Art die Arbeit auch sei. Haushaltsarbeiten (Bügeln, Fensterreinigen etc.) würden zu über 50 % von ihrem Gatten oder der externen Hilfe übernommen. Das sei nie anders gewesen seit er die Beschwerdeführerin am 28. Oktober 2008 kennengelernt habe. Das Attestieren einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei völlig realitätsfremd und die daraus abgeleitete Rechnung sei daher willkürlich und gleiche einem Taschenspielertrick (Urk. 3/3). 4. 4.1

Zunächst ist - da formeller Natur (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1, 127 V 431

E. 3d/ aa) - auf die Rüge der Beschwerdeführerin betreffend Verletzung des rechtlichen Gehörs einzugehen (vgl. Urk. 1 S. 3). 4.2

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1). 4.3

Hinsichtlich der angefochtenen Rentenaufhebung verwies die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 24. März 2017 (Urk. 2) insbesondere auf die Einschätzung der Z.\_\_\_\_-Gutachter und stellte sich auf den Standpunkt, der Beschwerdeführerin sei zufolge eines verbesserten Gesundheitszustands wieder zumutbar, eine 80%ige Arbeitstätigkeit aufzunehmen. Sie erwog, Eingliederungsmassnahmen seien durchgeführt worden und gescheitert. Sodann nahm die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich vor. Die Beschwerdegegnerin nahm ferner Bezug auf den Einwand der Beschwerdeführerin vom 13. März 2017, welche darin vorwiegend den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens in Frage stellte (vgl. Urk. 6/102).

Die Beschwerdegegnerin hat somit entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin rechtsgenügend dargelegt, weshalb aus ihrer Sicht kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr besteht. Aus dem angefochtenen Entscheid geht zum einen klar hervor, auf welche medizinische Beurteilung abgestellt wurde. Zum anderen führte die Beschwerdegegnerin aus, dass ein Revisionsgrund vorliege, und äusserte sich zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten sowie einer angepassten Tätigkeit, wobei sie den Invaliditätsgrad konkret festlegte. Der Beschwerdeführerin war es möglich, sich hierzu im Rahmen der Beschwerde zu äussern (Urk. 1). Ein diesbezüglicher Mangel im angefochtenen Entscheid wäre daher auch mit Blick auf die volle Kognition des hiesigen Gerichts jedenfalls als geheilt zu betrachten. Im Übrigen ist nochmals zu betonen (vgl. E. 4.2.2 hiervor), dass die Beschwerdegegnerin nicht gehalten war, sich mit jedem von der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren erhobenen Vorbringen auseinanderzusetzen. Sie hat sich berechtigterweise auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränkt. Der Beschwerdeführerin war es denn auch möglich, ihr Anliegen im Beschwerdeverfahren sachgerecht vorzutragen. 5. 5.1

#### 5.1.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 5. Dezember 2002 mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2002 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen erhielt (Urk. 6/25), dies bei einem seit 1997 vorliegenden neuropathischen Schmerzsyndrom an der rechten Hand bei Status nach Karpaltunneloperation mit Verdacht auf Durchtrennung eines Thenarastes rechter Daumen mit konsekutiver Thenaratrophy (E. 3.2.1-3.2.2). Bei der ersten Rentenrevision kam die Beschwerdegegnerin nach Konsultation mehrerer behandelnder Somatiker (E. 3.2.3-3.2.5) und gestützt auf die Beurteilung des RAD (E. 3.2.6) zum Schluss, es habe sich eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ergeben und erhöhte mit Verfügungen vom 6. Juli 2004 und 5. August 2004 mit Wirkung ab 1. August 2003 die bisherige halbe auf eine unbefristete ganze Invalidenrente (Urk. 6/49-50). Im Rahmen der aktuellen Rentenrevision hob die Beschwerdegegnerin die bisherige ganze Rente gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.\_\_\_\_ (Urk. 6/85) mit Verfügung vom 24. März 2017 unter Hinweis auf eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands und einen nunmehr rentenausschliessenden Invaliditätsgrad mit Wirkung per 30. April 2017 auf (Urk. 2). 5.1.2

Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann – entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin – von einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes seit den im Juli/August 2004 erlassenen Verfügungen betreffend Rentenerhöhung per 1. August 2003 ausgegangen werden. 5.1.3

Die Rentenerhöhung erfolgte, weil aufgrund der chronischen, zunehmenden Schmerzen und Dysästhesien sowie der vollständigen Atrophie und Funktionsstörung der Thenarmuskulatur (E. 3.2.3) am 30. Mai 2003 ein erneuter handchirurgischer Eingriff, diesmal im K.\_\_\_\_, stattfand (Urk. 8/45/7ff., Urk.

6/44/1). Ab diesem Zeitpunkt ging die Beschwerdegegnerin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus, was drei Monate später (1. August 2003) zur ganzen Rente führte. Auch wenn der Operateur Dr. L.\_\_\_\_ neun Monate nach der letzten operativen Behandlung, am 11. Februar 2004, von objektiv besseren Befunden sprach, wies er auf das subjektiv weiterhin empfundene, unveränderte Schmerzsyndrom hin (E. 3.2.5), weshalb er

regelmässige ärztliche Gespräche befürwortete, um den Leidensdruck zu reduzieren. Er erwartete mit der Fortsetzung der Handtherapie eine weitere Verbesserung der Beweglichkeit und einen Kraftgewinn (Urk. 8/44/4). Die von ihm postulierte Arbeitsaufnahme von mindestens 3 Stunden täglich zu Beginn begründet er mit der besseren beruflichen Reintegration und der Erprobung des funktionellen Einsatzes und Steigerung der Funktionsfähigkeit; eine Leistungsfähigkeit attestierte er damit nicht (Urk. 8/44/4 und Urk. 8/44/6). Er rechnete zwar mit einer Steigerung in den nächsten Monaten, was sich jedoch – nachdem die Beschwerdeführerin ihre Stelle Ende Januar 2004 verloren hatte und offenbar den funktionellen Einsatz der Hand nicht kontinuierlich erprobte – nicht realisierte. Wenn RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 7. Mai 2004 von einer vorübergehenden Verschlechterung ab der Handoperation und erst mit einer signifikanten Verbesserung innert eines halben Jahres ausging (E. 3.2.6), so steht das in Einklang mit der Aktenlage. Wenn die Wiedererlangung der objektiv zumutbaren Leistungsfähigkeit nach der operativen Nachbehandlung erst Jahre später, mit der Begutachtung im Z.\_\_\_\_, überprüft wurde, erweist sich dies – zugunsten der Beschwerdeführerin – als nachlässig. Eine im Zeitpunkt der gutachterlichen Exploration im Mai 2016 festgestellte Verbesserung im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenerhöhung (August 2003) zu verneinen, weil bereits der Operateur postoperativ aufgrund der objektiven Befunde von einer solchen nach weiterer funktioneller Anpassung und insbesondere subjektiver Überzeugungsarbeit ausgegangen war, ist jedoch falsch. Wohl konnten die Gutachter den genauen Zeitpunkt der funktionalen und kraftmässigen Verbesserung nicht festlegen, weshalb sie auf ihren Untersuchungszeitpunkt abstellten. Mutmasslich ist mit den Gutachtern davon auszugehen, dass – wie von den Drs. L.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ prognostiziert – die medizinische-theoretische Leistungsfähigkeit aufgrund der objektiven Befundung nach einer gewissen Angewöhnungsphase postoperativ erreicht worden war. Demzufolge sind die Einwände von Dr. A.\_\_\_\_, behandelnder Hausarzt seit August 2008, wonach seit seinem Bericht vom 28. Juni 2010 (Urk. 8/58) keine Besserung eingetreten sei (E.

3.3.2), insbesondere auch hinsichtlich der subjektiven Überzeugung der Beschwerdeführerin, wohl zutreffend, aber ohne Belang. 5.2.

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). 5.3 5.3.1

In Bezug auf die aktuelle gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin kann auf das Gutachten der Ärzte des Z.\_\_\_\_ abgestellt werden. Das Gutachten erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehende E.

## **E. 7**

Mai 2004 Stellung und hielt fest, der Gesundheitszustand habe sich ab 30. Mai 2003 (Hand-Operation) vorübergehend verschlechtert, ab diesem Datum sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Mit einer signifikanten Verbesserung könne gerechnet werden, innert einem halben Jahr sollte eine Teilarbeitsfähigkeit möglich sein (Urk. 6/46/3).

### **E. 7.1**

Vorliegend gewährte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin, wie es die bundesgerichtliche Rechtsprechung vorsieht (vgl. Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3), infolge langjährigen Rentenbezugs von über 15 Jahren, vor der Einstellung der Invalidenrente Integrationsmassnahmen zur Schaffung der Voraussetzungen für berufliche Eingliederungsmassnahmen ( Art. 14a IVG) in Form eines Belastbarkeitstrainings bei der M.\_\_\_\_, welches vom 7. November 2016 bis 8. Februar 2017 vorgesehen war, jedoch am 19. Januar 2017 abgebrochen wurde ( Urk. 6/91 ). Begründet wurde der Abbruch der Massnahme mit der aus gesundheitlichen Gründen nicht erreichten Steigerung der Stunden. Der Abbruch erfolgte in gegenseitigem Einvernehmen ( Urk. 6/92 , Urk. 6/93/1 ).

#### **E. 7.2**

Dem Bericht der M.\_\_\_\_ vom 19. Januar 2017 ( Urk. 6/94) ist zu entnehmen, man habe mit zwei Stunden Präsenzzeit gestartet. Die Beschwerdeführerin habe dann aber nur zwei Minuten am Computer arbeiten können, bevor die Schmerzen für sie unerträglich geworden seien. Die Präsenzzeit habe im Verlauf auf zwei einhalb Stunden gesteigert werden können. Im Umgang mit dem PC habe die Beschwerdeführerin deutliche Fortschritte gemacht, sie sei aber nicht auf dem Stand, dass ein Büroberuf möglich wäre. Letztlich habe die Präsenzzeit nur minimal und die Leistungsfähigkeit gar nicht ausgeweitet werden können, weshalb man den Abbruch der Massnahme beschlossen habe. Eine Vermittelbarkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht gegeben ( Urk. 6/94/2).

#### **E. 7.3**

Die Beschwerdeführerin gab im Rahmen der Integrationsmassnahme sodann an, sie könne sich nicht vorstellen, Teilzeit zu arbeiten und sei auch nicht zuversichtlich, ein solches Ziel zu erreichen ( Urk. 6/93/3). Sodann machte die Beschwerdeführerin auch in ihrer Beschwerde geltend, sie sei vollumfänglich arbeitsunfähig und beantragte keine Eingliederungsmassnahmen (vgl. vorstehend E).

#### **E. 7.4**

Die Beschwerdegegnerin ist somit ihrer Pflicht zur Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen vor Einstellung der Rente bei langjährigem Rentenbezug nachgekommen. Das Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

#### **E. 8**

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 27. März 2017 betreffend Einstellung der Invalidenrente (Urk. 2) als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 9.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin in 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 Franz Hollinger -  
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 1 5. Juli bis  
und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu  
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel  
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber Hurst Hausammann

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