

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00267 vom 26. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00267

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00267 du 26 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00267 del 26 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

6. September 2008 (bestätigt mit Stellungnahme vom 5. Januar 2009) erklärte n

Dr. med. A.____, Facharzt Innere Medizin und Dr. med. B.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Manuelle Medizin, auf das Z.____-Gutachten könne abgestellt werden (Urk. 8/67/

E. 1.1

Ändert sich der Grad der Invalidität des Rentenbezügers in einer für den Anspruch erheblichen Weise, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ; ATSG) .

Dieser Revisionsordnung geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung be fugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückzukommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann ab ändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind.

Eine voraussetzungslose Neubeurteilung der invaliditätsmässigen

Voraussetzungen genügt nach ständiger Rechtsprechung nicht, um eine

Invalidenrente auf dem Wege der Wiedererwägung herabzusetzen oder gar aufzuheben. Eine Reduktion der Rente unter dem Titel "Wiedererwägung" kann nur bei Unvertretbarkeit der ursprünglichen Rentenzusage erfolgen, drohte die Wiedererwägung in einer Vielzahl langjähriger Rentenbezugsverhältnisse ansonsten doch zum Instrument einer solchen voraussetzungslosen Neuprüfung zu werden, was sich mit dem Wesen der Rechtsbeständigkeit formell zugesprochener Dauerleistungen nicht vertrüge. Zurückhaltung bei der Annahme zweifelloser Unrichtigkeit ist stets dann geboten, wenn der Wiedererwägungsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung - wie hier die Invalidität - betrifft, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzungen oder Beweiswürdigungen und damit auf Elementen beruht, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen. Eine vor dem Hintergrund der seinerzeitigen Rechtsprechung vertretbare Beurteilung der invaliditätsmässigen Anspruchsvoraussetzungen kann nicht zweifellos unrichtig sein (Urteil 9C_621/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 2.2.2 mit Hinweisen).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

Streitig und zu prüfen ist, ob - wie von der Beschwerdegegnerin angenommen - die ursprüngliche Leistungszusprache zweifellos unrichtig gewesen und damit ihre wiedererwägungsweise Aufhebung zulässig ist. 3.

3.1

Die medizinische Aktenlage betreffend den Zeitraum vor der Begutachtung wurde im Gutachten des Z.____

vom 18. August 2008 weitgehend vollständig zitiert (Urk. 8/45/1-7) . Auf die betreffenden Ausführungen wird verwiesen. Ergänzend ist hier einzig noch auf den Therapiebericht von

Dr. F.____, Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie, und G.____, Psychologin FSP, vom 3. Juli 2008 (Urk. 8/92) hinzuweisen. Der Bericht erwähnt als psychosomatische Beschwerden: Schlaflosigkeit, Gedankenkreisen, zunehmend Verlust

der Lebensfreude und des Lebenssinns, Gefühle der Nutzlosigkeit, häufige Suizidgedanken, Konzentrationsstörungen, Gefühle des Gelähmtseins, abwechselnd mit innerer Unruhe, häufige Kopfschmerzen. Die Beschwerdeführerin leide einerseits unter ihrer Unfähigkeit, auf ihre Umgebung emotional zu reagieren, andererseits mache ihre Überempfindlichkeit den Aufenthalt unter Menschen zeitweise zu r Qual. In Bezug auf die erhobenen Befunde wird in dem Bericht ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei meist sehr blass, wirke erschöpft, entmutigt, verbittert. Sie werde während der Therapiesitzung zunehmend unruhig, wechsele immer wieder die Sitzstellung. Im Gespräch kreise das Thema stets um Gefühle der Trauer und Wut über ihre Lebenssituation, die sie als ausweglos und ungerecht empfinde, sowie um die damit verbundene Ohnmacht und Demütigung. Der Beschwerdeführerin falle es derzeit schwer, auch nur ansatzweise positive Zukunftsperspektiven zu entwickeln. 3.2

3.2.1

Im Gutachten des Z. ____

vom 18. August 2008 werden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/45/29): - Überlastungstendomyopathien am rechten Vorderarm mit/bei - eingeschränkter Dorsalextension rechte Hand (DD: okultes Ganglion) .

Unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sind aufgeführt: - Ganzkörperschmerzsyndrom, mit/bei - Panvertebralsyndrom mit/bei: radiologisch wenig degenerativen Veränderungen; mediolateraler Diskushernie L4/5 und L5/S1 (MRI vom 01/2004); Fehllage der Wirbelsäule und muskulärer Insuffizienz; klinisch keine Hinweise auf radikuläre Mitbeteiligung; - diskrete m femoroacetabuläre m Impingement rechts mit/bei: radiologisch Osteophyt am medialen Kopf/Schenkelhalsübergang; symmetrisch weite m Gelenkspalt; funktionell beginnender Einschränkung; - Hallux rigidus rechts bei Spreizfuß und Exostose Metatarsale I; - Periarthrosis genu beidseits . 3.2.2

In Bezug auf die Frage der Arbeitsfähigkeit gelangt das Gutachten zum Schluss, ab 2003 sei aufgrund der Coxarthrose rechts sowie auch der erhobenen lumbalen Wirbelsäulenbefunde die Arbeitsfähigkeit für eine mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeit oder auch für Tätigkeiten, welche ein längeres Stehen oder Gehen erforderten oder mit längerdauernden rückenergonomisch ungünstigen Zwangshaltungen einhergingen, nicht mehr gegeben. Ab 2005 sei auch die Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten, welche fast ausschliesslich mit dem rechten Arm oder der rechten Hand ausgeübt werden müssten, nicht mehr gegeben. Unter Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen sei aber die Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen. Diese Arbeit sei weiterhin vollschichtig ausübbar. In Anbetracht der vorwiegend sitzend und praktisch ohne längeres Stehen und Gehen ausgeübten, sehr leichten körperlichen Tätigkeit an der Scannerkasse seien weder die Coxarthrose rechts noch der Hallux rigidus rechts limitierend. Die Überlastungstendomyopathien des rechten Vorderarms könnten durch das Schieben der Waren über den Scanner mit dem rechten Arm erklärt werden, bedingt auch durch die schmerzhaft empfundene Dorsalextension des rechten Handgelenks. Aufgrund des Arbeitsplatzbeschriebes sei aber diese Tätigkeit intermittierend mit dem linken Arm oder beidhändig zur Entlastung möglich und zumutbar. Die thorakolumbalen Beschwerden wirkten sich am jetzigen Arbeitsplatz mit der Möglichkeit, kurzzeitig die Körperposition zu wechseln, und ohne längere Zeit in einer rückenergonomisch ungünstigen Zwangshaltung

zu verharren, eben falls nicht limitierend aus, zumal auch höchstens leichte Gewichte vereinzelt und nicht repetitiv zu bewegen seien. Im Übrigen könne unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Kriterien auch eine allfällige Verweistätigkeit voll schichtig ausgeübt werden (Urk. 8/45/34-35). 3.2.3

Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie, hielt im Zusammenhang mit den rheumatologischen Untersuchungsbefunden (Urk. 8/45/38-40) fest, die gepflegte normalgewichtige Versicherte habe sich in unauffälligem Allgemeinzustand präsentiert.

Gemäss Schilderung der einzelnen Schmerzorte habe sich mit der Zeit ein Ganzkörperschmerz summiert. Nebst Zeichen der belle indifférence habe sich vor allem bei der klinischen Untersuchung eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz bzw. ein demonstratives Verhalten mit Stakkato-Abwehrreaktionen, Verspannungen mit aktiver Gegeninnervation gezeigt. Davon abgesehen sei die Untersuchung lege artis durchführbar gewesen, die beschriebenen Befunde seien indes nur bedingt verwertbar. Der Barfussgang sei unauffällig gewesen. Im Stehen habe ein leichter Senkfuss rechtsbetont bestanden. Der Zehenstand rechts sei wegen des Hallux rigidus nicht durchführbar gewesen. Beim Fersengang hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Beim Blindstrichgang sei indes ein demonstratives Abweichen auf beide Seiten erkennbar gewesen. Der Becken- und Schultergürtel der Beschwerdeführerin sei horizontal, die Wirbelsäule im Lot.

Was die HWS-Beweglichkeit passiv betreffe, seien die Seitrotation und Lateralflexion beidseits weniger als 1/3 eingeschränkt gewesen. Der Kinn-Sternum-Abstand habe bei maximaler Flexion/Extension 4/14 cm betragen; eine exakte segmentale Untersuchung sei wegen aktivem Dagegensperren indes nur bedingt möglich gewesen. Palpatorisch seien keine klaren Irritationszonen nachweisbar gewesen. Die Muskulatur habe sich im gesamten Schultergürtelbereich und im Bereich der dorsalen Halsmuskulatur diffus druckdolent ohne anatomisches Korrelat präsentiert.

Was die Beweglichkeit thorakolumbal betreffe, seien Lateralflexion und Flexion knapp 2/3 eingeschränkt gewesen. Ein Hyperextensionsschmerz habe nicht bestanden. Die Flexion nach vorn habe mit FBA 29 cm und Schober 10/13,5 cm betragen, anschliessend sei ein Ziehen lumbal und im dorsalen Oberschenkelbereich eingetreten. Segmental aus der Bauchlage habe die Beschwerdeführerin dann eine Druckdolenz über sämtlichen Dornfortsätzen thorakolumbal angegeben, einen Bewegungsschmerz sämtlicher Segmente, eine paravertebrale Druckdolenz im ganzen thorakolumbalen Erector trunci sowie eine schmerzhafte, wenig adhärenthaltige Kibler'sche Hautfalte im oberen bis mittleren BWS-Bereich. Das Sakroiliakalgelenk sei altersnormal. Gluteal habe beidseits eine Druckdolenz ohne relevante Tendomyosen bestanden.

Im Bereich der oberen Extremitäten hätten sich die Schultergelenke symmetrisch aktiv und passiv frei präsentiert. Widerstands- und Provokationsteste seien negativ gewesen. Palpatorisch hätten periartikuläre Druckdolenz am Coracoid mit Pectoralis minor rechtsbetont und leicht ab Tuberculum minus bestanden sowie schmerzhafte Tendomyosen im Bereich des Extensor carpi radialis brevis und wenig longus rechts. Die Ellbogen seien artikulär frei gewesen. Im Bereich der Hände hätten sich inspektorisch keine Auffälligkeiten gezeigt. Die passive Dorsalextension rechts im Handgelenk werde von der Versicherten mit Schmerzangaben nicht zugelassen, in den übrigen Richtungen sei sie frei gewesen. Dabei bestünden aktuell keine sicheren Zeichen für ein dorsales Handgelenksganglion. Das joint play zwischen Capitatum und Lunatum sei schmerzhafte

gewesen . An der linken Hand hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Sämtliche übrigen Gelenke inkl. Binnenfunktion seien altersnormal gewesen.

Im Bereich der unteren Extremitäten seien die Hüftgelenke links frei und indolent gewesen, rechts habe bei zunehmender Flexion bis etwa 110° zunehmender Widerstand von Seiten der Beschwerdeführerin mit angedeutetem Drehmann-Zeichen bestanden; die Innenrotation sei endphasig schmerzhaft etwa 1/3 eingeschränkt gewesen. Im Bereich der Oberschenkel-Adduktoren sei beidseits eine von der Beschwerdeführerin als extrem schmerzhaft bezeichnete starke Druckdolenz vorhanden gewesen, mit Ausstrahlungen bis in den Pes anserinus rechtsbetont. Die Kniegelenke inkl. femoropatellares Gleitlager seien funktionell altersnormal gewesen. Im Bereich der Füße habe sich das obere Sprunggelenk unauffällig präsentiert. Rechts habe eine Druckdolenz im Bereich des Grosszehengrundgelenks bestanden. Auf Bitte der Beschwerdeführerin, dies nicht weiter zu untersuchen, sei lediglich das joint play vorsichtig ausgeführt worden, deutlich eingeschränkt verglichen mit links. Anzeichen für eine Überwärmung oder Schwellung hätten indes nicht bestanden.

Neurologischerseits hätten keine Reflexdifferenzen, Paresen oder Störungen der Oberflächensensibilität bestanden, mit Ausnahme einer geringen Hypästhesie des rechten Beins und deutlich im Bereich der rechten Grosszehe. Der La sègue und Stump-Test im Bereich der unteren Extremitäten seien unauffällig gewesen . 3.2.4

In seiner Beurteilung (Urk. 8/45/41-43) führte Dr . H.____ aus , klinisch liessen sich bei der Beschwerdeführerin aufgrund der beschriebenen Röntgenbilder sowie der Aktenlage ein Hallux rigidus rechts mit Exostose am Köpfchen Meta tarsale I und eine beginnende Einschränkung der Hüftbeweglichkeit rechts bei MRI-nachgewiesener Labrumläsion mit vermindertem Offset-Schenkelhals 01/2004 dokumentieren. Die an der I.____ vorgeschlagene Operation für die rechte Hüfte sei bisher wegen ablehnender Haltung der Beschwerdeführerin nicht durchgeführt worden. Eine neue Beurteilung im Oktober 2007 bezüglich aller Probleme des Bewegungsapparats habe keine Empfehlung für ein konservatives Vorgehen betreffend die schmerzhafte Einschränkung des rechten Grosszehengrundgelenks ergeben, dies vor allem unter Berücksichtigung der chronischen Schmerzerkrankung. Demgegenüber habe der behandelnde Orthopäde Dr. J.____ im April 2008 ein operatives Vorgehen (Arthrodese) empfohlen. Aus gutachterlicher Sicht sei für einen solchen Eingriff indes grosse Zurückhaltung geboten, einerseits wie bereits vom I.____ erwähnt unter Berücksichtigung des Ganzkörperschmerzsyndroms, andererseits auch wegen nicht durchwegs guten Resultaten bei fehlender Schmerzkrankheit. Was die rechte Hüfte betreffe, gelte das Gleiche. Beide Lokalisationen des Bewegungsapparats beeinträchtigten die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Kassiererin bei der Y.____ nicht.

Die übrigen beschriebenen und beklagten Befunde seien schwieriger zu interpretieren, dies wegen der erwähnten erheblichen Verdeutlichungstendenz bzw. einer eigentlichen Schmerzausweitung. Die Überlastungstendomyopathien des rechten Vorderarms könnten durch die Arbeitsplatzsituation (Schieben der Ware über den Scanner ausschliesslich mit dem rechten Arm) erklärt werden, dies bedingt auch für die als schmerzhaft empfundene Dorsalextension des rechten Handgelenks mit aktiver Abwehrspannung. Ein eigentliches dorsales Handgelenkganglion sei klinisch nicht nachweisbar, typisch dafür wäre das sehr schmerzhafte joint play zwischen Capitatum und Lunatum. Diesbezüglich könne für die aktuell ausgeübte Tätigkeit als Kassiererin bei der Y.____ eine qualitative Einschränkung für ausschliesslich den rechten Arm und die rechte Hand belastende Tätigkeiten erwähnt

werden. Auf grund des Arbeitsplatzbe schrieb s sei aber diese Tätigkeit intermittierend mit dem linken Arm oder beid händig zur Entlastung rechts zumutbar. Im Weiteren erwähnenswert sei die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin diese Beschwerden in der Anamnese nicht angegeben habe und erst beim Nachfragen anlässlich der Untersuchung darauf zu sprechen gekommen sei.

Alle anderen übrigen beschriebenen Befunde des Bewegungsapparats könnten nicht 1:1 übernommen werden, da eine adäquate klinische Untersuchung wegen Stakkato-Abwehrspannungen, Gegeninnervationen, ausfahrenden Abwehrbewegungen etc. nicht lege artis habe durchgeführt werden können.

Was die von Frau Dr. K.____ gegenüber der IV-Stelle festgehaltene Arbeitsunfähigkeit von 50 % betreffe, sei bei dieser Beurteilung – wie schriftlich festgehalten – auch die psychosoziale und familiäre Situation mitberücksichtigt. Rein von Seiten des Bewegungsapparats seien lediglich die vorstehend angegebenen qualitativen Einschränkungen anzugeben.

In Bezug auf die ebenfalls geäußerte Diagnose einer Fibromyalgie sei festzustellen, dass das geklagte Schmerzbild und insbesondere der klinische Befund weit darüber hinaus gingen (praktisch jede Stelle am Körper sei schmerzhaft), so dass von einem eigentlichen Ganzkörperschmerzsyndrom gesprochen werden müsse. Aufgrund der Symptomatik seien auch keine geeigneten therapeutischen Massnahmen möglich oder gar erfolversprechend für eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Eine subjektiv gewünschte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit am jetzigen Arbeitsplatz sei insofern nicht möglich, als nach Angaben der Beschwerdeführerin alle Kassen gleich konstruiert seien, d.h., die Ware werde mit der rechten Hand vom Band über den Scanner geschoben. 3.2.5

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im Zusammenhang mit den psychopathologischen Befunden aus, das äussere Erscheinungsbild der Beschwerdeführerin sei gepflegt, sie sei ihrem Alter entsprechend gekleidet, bewusstseinswach, sowie betreffend die Zeit, die eigene Person, den Ort und die Situation orientiert. Im Kontaktverhalten sei sie freundlich, kooperativ und auskunftsbereit gewesen. Der Rapport sei gut herstellbar gewesen, jedoch ausschliesslich auf einer etwas oberflächlichen Ebene. Die Beschwerdeführerin habe mit unauffälliger lauter sowie gut modulierter Stimme gesprochen. Sie sei in der Lage gewesen, sich in Schweizerdeutsch differenziert auszudrücken. Einzelne Fragen zu den ausser beruflichen Aktivitäten seien trotz mehrfacher Nachfrage nur vage beantwortet worden. Die Grundstimmung sei weitestgehend ausgeglichen gewesen, bei der Beschwerdeschilderung habe die Beschwerdeführerin zeitweise auch verärgert gewirkt. Sie habe beklagt, dass sie in der Vergangenheit nicht selten als Simulantin bezeichnet worden sei und man ihre Beschwerden nicht ernst genommen habe. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei insgesamt nicht eingeschränkt gewesen, bei Themen fernab ihrer Beschwerden habe sie durchaus ein Lächeln und Humor gezeigt. Sie besitze einen deutlich appellativen Charakter, und es sei ein ausgeprägtes Erklärungsbedürfnis der schmerzbedingten Einschränkungen sowie eine Tendenz zur Symptomausweitung sichtbar geworden. Ein Leidensdruck sei dabei kaum spürbar gewesen; die Beschwerdeführerin habe bei der Beschwerdeschilderung vor allem verärgert gewirkt, aber nicht gequält oder von Schmerzen zermürbt. Es seien jedoch häufige Positionswechsel und andere nonverbale Schmerzäusserungen (z.B. schmerzverzerrtes Gesicht) aufgefallen. Während der Exploration sei sie auch mehrfach aufgestanden und im Untersuchungszimmer

umhergegangen. Der formale Gedankengang sei geordnet und nachvollziehbar gewesen, inhaltlich auf die Beschwerdeschilderung und die eigenen Defizite fokussiert. Es seien dysfunktionale Bewältigungsmechanismen mit einer Tendenz zur Selbstlimitierung deutlich geworden. Relevante akzentuierte Persönlichkeitszüge hätten sich nicht gefunden. Inhaltliche Denkstörungen mit wahnhaftem Erleben seien nicht zu eruieren gewesen. Die Gedächtnisfunktionen sowie die Aufmerksamkeit, Konzentration und Intelligenz seien klinisch unauffällig gewesen, ebenso das Antriebsverhalten. Psychomotorisch habe die Beschwerdeführerin etwas unruhig gewirkt. Zwangsgedanken oder -handlungen hätten sich ebenso wenig eruieren lassen wie Ich-Störungen. Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen oder Halluzinationen hätten nicht bestanden. Bei passiven Suizidwünschen mit deutlich appellativem Charakter könne eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung aktuell ausgeschlossen werden (Urk. 8/45/2 7-28) . 3.2.6

In seiner Beurteilung hielt Dr. L.____ fest , im Rahmen der Exploration habe sich auf psychiatrischem Fachgebiet eine unauffällige Versicherte, ohne relevante psychopathologische Befunde oder psychische Funktionsstörungen präsentiert. Hinweise auf eine akute oder chronische psychische Erkrankung bestünden demgemäss nicht. Die Kriterien zur Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung würden bei der Beschwerdeführerin gemäss ICD-Klassifikation nicht erfüllt. Die vorherrschenden Beschwerden müssten entsprechend der ICD-Kriterien neben einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne, unter anderem ein emotionaler Konflikt sein, der schwerwiegend genug sei, um als entscheidender ursächlicher Faktor gelten zu können. Diese Kriterien seien bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt. Es ergäben sich keine Hinweise auf relevante innerseelische Konflikte oder Auffälligkeiten beim emotionalen Erleben, respektive bei der affektiven Schwingungsfähigkeit. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit müsse jedoch von dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen mit einer Tendenz zur Selbstlimitierung ausgegangen werden, was die Prognose als ungünstig erscheinen lasse. Gemäss Austrittsbericht der M.____ vom 30. Juli 2005 bestünden bei der Versicherten in diagnostischer Hinsicht neben verschiedenen orthopädischen Diagnosen der Verdacht auf eine Symptomausweitung und ein Fibromyalgiesyndrom. Die somatoforme Schmerzstörung (=Fibromyalgiesyndrom) lasse sich anhand der ICD-Kriterien bei der Beschwerdeführerin nicht diagnostizieren, wirke sich aus versicherungsmedizinischer Sicht in der Regel ohne psychiatrische Komorbidität zudem auch nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, was heisse, dass eine Willensanstrengung zur Verwertung der Arbeitsfähigkeit zumutbar wäre. Im Ergebnis könne bei der Beschwerdeführerin weder eine psychiatrische Diagnose mit noch eine solche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe auf psychiatrischem Fachgebiet mithin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/45/ 28-29). 3.3

Der RAD- Arzt pract. med . D.____ führte in seinem Bericht vom 28. April 2009 (Urk. 8/56) folgende Diagnosen auf: - leicht - bis mittelgradig e depressive Episode auf dem Hintergrund eines chronischen Schmerzsyndroms mit Symptomausweitung; - anamnestic Fibromyalgie; - anamnestic Panvertebralsyndrom bei breitbasiger mediolateraler Diskushernie L4/L5; - beginnende Coxarthrose rechts.

Im Zusammenhang mit den psychopathologischen Befunden führte pract. med.

D.____ aus , bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine altersentsprechend gekleidete, freundliche, zugewandte Person. In ihrem Auftreten wirke sie leidend, sie sei mehrmals während des Untersuchungsgesprächs aufgestanden oder habe die Position gewechselt. Sie sei wach und allseits orientiert gewesen. Selber habe sie jedoch von einer verminderten Konzentrationsfähigkeit gesprochen und angegeben, dass sie oft zweimal laufen müsse, da sie Sachen vergesse. Im psychiatrischen Gespräch seien die Konzentrationsfähigkeit wie auch die Merkfähigkeit grobkursorisch gegeben und die Auffassung erhalten gewesen. Es hätten keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen bestanden. Die Beschwerdeführerin habe subjektiv von Zukunftsängsten berichtet, ansonsten aber pathologische Ängste oder Zwänge verneint. Im Affekt habe sie leicht deprimiert gewirkt, die Schwingungsfähigkeit sei indes erhalten gewesen ;

sie selber habe allerdings eine verminderte Frustrationstoleranz bzw. eine erhöhte Reizbarkeit beschrieben. Bei der Beschwerdeführerin komme es zu einer Reizüberflutung, was das Bedürfnis nach sozialem Rückzug erhöhe. Sie erlebe sich selber freud- und hoffnungslos , und oft würden Gefühle der Sinnlosigkeit auftreten. Eine akute Suizidalität werde von ihr aber aktuell verneint. Des Weiteren bestünden bei ihr Scham- und Schuldgefühle bezüglich der eigenen Insuffizienz , und es würde bei ihr ein Gefühl der Wertlosigkeit auftreten. Sie leide ebenfalls darunter, dass sie sich nicht ernst genommen fühle. Der Antrieb sei nur leicht reduziert gewesen, schmerzbedingt mache ihr aber die konkrete Umsetzung von geplanten Vorhaben grosse Mühe. Sie beschreibe eine innere Nervosität und Unruhe.

In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung hielt der RAD-Arzt fest, im Verlauf einer chronischen Schmerzsymptomatik habe sich bei der Beschwerdeführerin ein depressives Zustandsbild leichter bis eher mittelgradiger Ausprägung manifestiert. Im Vordergrund stünden dabei eine zunehmende Freud- und Hoffnungslosigkeit mit entsprechenden Zukunftsängsten, andererseits eine verminderte Frustrationstoleranz, welche zu dysphorischen Reaktionsmustern und zu einem sozialen Rückzug führten. Sie fühle sich wertlos , und es würden von ihr diesbezüglich deutliche Scham- und Schuldgefühle beschrieben. Die genannten Symptome führten bei erhaltener Motivation für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zu einer Einschränkung der Durchhaltefähigkeit, der Belastbarkeit sowie der Anpassungsfähigkeit. Insgesamt könne davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit seit Aufnahme der ambulant-psychiatrischen Behandlung (September 2007) um rund 40 % eingeschränkt sei. Das Arbeitsplatzprofil dürfte sich vor allem an allfälligen körperlichen Einschränkungen orientieren. 3. 4

Dr. E.____

hielt in seinem Arztbericht vom 18. Oktober 2012 (Urk. 13/2-3) folgende Diagnosen fest :
- CTS rechts, leicht bis mittelschwer ausgeprägt ; - komplexe zerviko-brachiale Schmerzen (an erster Stelle myofasziale Schmerzen); - leichtes Thoracic-outlet-Syndrom mitbedingt durch Verspannungen (CTS als möglicherweise unterhaltender Co-Faktor).

In Bezug auf die weiteren Diagnosen verwies Dr . E.____ auf die bisherigen Einschätzungen der behandelnden Ärztin Dr. med. L. E. K.____ , FMH Physikalische Medizin, Rehabilitation, spez. Rheumatologie.

In seiner Beurteilung führte Dr. E.____ aus, das nachgewiesene CTS erkläre die Beschwerden im Finger . Dass -

wie bei der Beschwerdeführerin der Fall - gerade Dig. III und Dig. IV besonders stark betroffen seien, sei nicht selten. Bezüglich des zerviko-brachialen Syndroms könne das CTS jedoch nur als Co-Faktor betrachtet werden. Häufig sehe man nach einer CTS-Operation auch eine deutliche Besserung bei einem zerviko-brachialen Syndrom. Man könne aber nicht im Voraus sagen, wie der Anteil des CTS sei. Bei der Beschwerdeführerin sei die Arbeitssituation sicher ungünstig mit häufigen Arbeiten an der Kasse bzw. mit Durchscannen von Waren. Für die Schmerzsymptomatik scheine hier die myofasziale Situation im Vordergrund zu stehen. Sodann könne klinisch eben falls ein gewisses Thoracic-outlet-Syndrom festgestellt werden. Insgesamt sei bei der Situation der Beschwerdeführerin eine Operation zu empfehlen. Möglicherweise könnten sich dann im Rahmen der dreiwöchigen Ruhephase die myofaszialen Spannungen etwas erholen. 4.

Gemäss den einleitend (E. 1.1) beschriebenen Voraussetzungen einer Wiedererwägung stellt sich im Folgenden die Frage, ob bezüglich der ursprünglichen Rentenverfügung inhaltlich von einer zweifellosen Unrichtigkeit auszugehen ist. Die mit Verfügung vom 24. März 2010 (Urk. 8/68; Urk. 8/73) mit Wirkung ab 1. September 2008 gesprochene Viertelsrente stützt sich auf die Beurteilung von pract. med. D.____, wonach bei der Beschwerdeführerin in jeder Tätigkeit von einer rund 40%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Die Gründe, die zu dieser RAD-Standortbestimmung führten, sind nicht

nachvollziehbar. Am 18. August 2008 hatte das Z.____ sein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten erstattet, woraufhin der RAD (Dr. med. A.____, Facharzt Innere Medizin/ Dr. med. B.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Manuelle Medizin) in seinen Stellungnahmen vom 16. September 2008 und 5. Januar 2009 erklärt hatte, auf das Gutachten könne abgestellt werden (Urk. 8/67/4-5). In der Folge wurde auch noch von Seiten des psychiatrischen Sachverständigen Prof. Dr. C.____ am 24. Januar 2009 eine Stellungnahme abgegeben. Darin führte der RAD-Arzt aus, die Auswirkungen des vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierten psychischen Krankheitsbilds auf die Arbeitsfähigkeit seien bislang versicherungsmedizinisch nicht schlüssig und nachvollziehbar dargestellt worden. Von daher sei eine psychiatrische Standorteinschätzung durch den RAD angezeigt (Urk. 8/67/5). Die Einschätzungen von Prof.

Dr. C.____ erscheinen in doppelter Hinsicht nicht nachvollziehbar. Einerseits war von Seiten des psychiatrischen Gutachters Dr. L.____ gerade kein Krankheitsbild beschrieben worden, sondern dieser hatte von einer insgesamt unauffälligen Versicherten berichtet, ohne relevante psychopathologische Befunde oder psychische Funktionsstörungen, welche Hinweise auf eine akute oder chronische psychische Erkrankung geliefert hätten.

Andererseits wurde vom Gutachter auch eine klare Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit abgegeben, dass nämlich auf psychiatrischem Fachgebiet weder eine Diagnose mit, noch eine solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne (Urk. 8/45/28-29). Letztlich ist nicht ersichtlich, inwieweit das psychiatrische Teilgutachten rechtsfehlerhaft sein soll. Die Beurteilung, wonach bei der Beschwerdeführerin keine psychische Erkrankung bzw. keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszumachen sei, ist jedenfalls schlüssig. Die Beschwerdeführerin machte zwar grundsätzlich zutreffend geltend, dass der Arztbericht F.____ / G.____ vom 3. Juli 2008 (Urk. 8/92 ; vgl. E. 3.1) vom

Gutachter nicht berücksichtigt wurde. Dieser Bericht besitzt für das vorliegende Verfahren indes ohnehin nur eine beschränkte Aussagekraft, da er sich zur Frage der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nicht äussert. Er vermag schon deshalb keine Zweifel an der umfassenden zuverlässigen Beurteilung von Dr. L. ___ zu erwecken.

Folglich ist bezüglich der Nichtberücksichtigung des Berichts nicht von einem wesentlichen Mangel in der Begutachtung auszugehen. Davon abgesehen ist im Übrigen auch

die Standorteinschätzung von pract. med.

D. ___

nicht in Auseinandersetzung mit dem betreffenden Arztbericht ergangen. Dies war offenbar gar nicht möglich, nachdem der Bericht gemäss Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 8/109/3) erst am 11. April 2011 Eingang in die IV-Akten fand.

Letzteres erscheint aufgrund der Chronologie der Akten plausibel (vgl. Aktenverzeichnis).

Der Auffassung der Beschwerdeführerin, es sei anzunehmen, dass dem RAD-Arzt die Beurteilung von Dr. F. ___ /

G. ___ bekannt gewesen sei, kann somit nicht gefolgt werden. In keiner Weise nachvollziehbar ist, weshalb in dem RAD-Bericht eine Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Teilgutachten unterblieb. Wenn schon die RAD-Beurteilung anstelle der externen Begutachtung für den Rentenanspruch hätte massgebend sein sollen, wäre eine fundierte Begründung unabdingbar gewesen, weshalb auf die Ergebnisse des psychiatrischen Teilgutachtens nicht abgestellt werden kann. Von Seiten pract. med.

D. ___ wird jedoch mit keinem Wort auf das Gutachten eingegangen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass das psychiatrische Teilgutachten umfassend und plausibel erscheint. Vom RAD-Arzt Prof. Dr. C. ___ wurde diesem Gutachten die Beweiskraft mit einer geradezu unhaltbaren Begründung abgesprochen. Der Beweiswert der RAD-Standorteinschätzung wiederum erscheint deshalb erheblich eingeschränkt, weil eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten nicht stattfand. Letztlich bestanden für die Durchführung der fraglichen RAD-Beurteilung gar keine sachlichen Gründe. All diese Umstände lassen vorliegend nur den Schluss zu, dass die einzig auf dem nicht beweistauglichen RAD-Bericht D. ___ basierende ursprüngliche Rentenverfügung als zweifellos unrichtig qualifiziert werden muss. Deren wiedererwägungsweise Aufhebung durch die Beschwerdeführerin ist mithin zu Recht erfolgt. 5.

5.1

Bei der Wiedererwägung einer formell rechtskräftigen Verfügung oder eines formell rechtskräftigen Einspracheentscheides, sei es im Rahmen der substituierten Begründung bei Gelegenheit eines Revisionsverfahrens nach Art. 17 Abs. 1 ATSG und Art. 87 ff. der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), sei es sonst von Amtes wegen oder auf Gesuch hin, gilt es, wenn spezifisch IV-rechtliche Aspekte zur Diskussion stehen, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (Art. 85 Abs. 2, Art. 88bis Abs. 1 lit. c IVV; BGE 110 V 291 E. 3 S. 293 ff.; Urteil 9C_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 6.1). Um die Frage nach dem zukünftigen

Rentenanspruch prüfen zu können, muss die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung festgestellt sein. Ist dies –

wie vorliegend - der Fall und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung, was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (vgl. BGE 119 V 475 E. 1c S. 480 mit Hinweisen; Urteil 9C_655/2007 vom 4. Januar 2008 E. 2), sind die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro zu prüfen (Urteil 9C_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 6.1). Es kann somit nicht mit der Feststellung der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung sein Bewenden haben. Vielmehr ist wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung oder des Einspracheentscheides zu ermitteln (in diesem Sinne auch Urteil I 859/05 vom 10. Mai 2006 E. 2.3), woraus sich die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs ergeben (Art. 28 Abs. 2 IVG; Urteil 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2.1).
5.2

Vorliegend ist somit zu prüfen, ob sich aufgrund der aktenmässig dokumentierten Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Invaliditätsgrad zuverlässig ermitteln lässt. Im Zentrum steht dabei die Frage, ob – wie die Beschwerdegegnerin dies geltend macht – das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten des Z.____ vom 18. August 2008 eine beweiskräftige Grundlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs ab 2012 darstellt. Was das psychiatrische Teilgutachten betrifft, kann auf das unter E. 4 Gesagte verwiesen werden. Eine seitherige Veränderung des Gesundheitszustandes ist weder aktenkundig noch wird eine solche geltend gemacht. Fraglich ist indes, ob dies auch für das rheumatologische Teilgutachten gilt. Die Beschwerdeführerin spricht diesem Gutachten jeglichen Beweiswert ab. Sie lässt zunächst vortragen, es sei unklar, wer genau das Gesamtgutachten verfasst habe. Die drei zeichnenden Ärzte seien allesamt weder Orthopäden und – was noch wichtiger sei – weder Rheumatologen oder Neurologen. Ihnen fehle somit die notwendige fachärztliche Qualifikation. Der Auffassung der Beschwerdeführerin kann nicht gefolgt werden. Zwar ist zutreffend, dass das Hauptgutachten von keinem rheumatologischen oder neurologischen Facharzt unterzeichnet wurde. Dies ist jedoch nicht entscheidend. Die rheumatologische Beurteilung basiert auf der Untersuchung von Dr. med. H.____.

Dieser verfügt einerseits unbestrittenermassen über einen rheumatologischen Facharztstitel. Andererseits wurde dessen eigenhändig handschriftlich unterzeichneter Untersuchungsbericht vom 8. Juli 2008 dem Hauptgutachten unmittelbar angegliedert (Urk. 8/45/37-43) und ist auch vollständig im Hauptgutachten selber wiedergegeben (Urk. 8/45/17-24).

Die Beschwerdeführerin beanstandet sodann, dass der rheumatologische Gutachter Teile der Anamnese nicht beachtet habe. Von Seiten von Dr. K.____ seien eine Wirbelsäulenfehlhaltung, eine muskuläre Dysbalance, eine S-förmige Skoliose, sowie eine Coxarthrose festgestellt worden. Diese Diagnosen habe Dr. H.____ mit keinem Wort erwähnt. Dasselbe gelte bezüglich der Diskushernie mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 rechts sowie die breitbasige Diskushernie mit Verdrängung der S1-Wurzel nach dorsal sowie die Labrum-Läsionen.

Zu beachten sei sodann, dass der Gutachter sich mit den Berichten von Dr. K.____ nur sehr rudimentär befasst und fälschlicherweise behauptet habe, von der behandelnden Ärztin seien auch psychosoziale und familiäre Faktoren mitberücksichtigt worden. Entgegen der

Behauptung der Beschwerdeführerin ist festzustellen, dass all die von ihr zitierten Diagnosen von Dr. H. ___ berücksichtigt wurden. Die mediolaterale Diskushernie L4/5 und L5/S1, die Wirbelsäulenfehlhaltung und die muskuläre Insuffizienz werden in der Diagnoseliste im Zusammenhang mit dem Panvertebralsyndrom aufgeführt (Urk. 8/45/29). Die Labrum-Läsionen sind in der Beurteilung (Urk. 8/45/41-42) und die Coxarthrose in der Stellungnahme der Gutachter zur Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/45/34) erwähnt. Schliesslich ist im Rahmen der Röntgenbefunde von einer diskreten rechtskonvexen Skoliose mit telthorakaler Krümmung die Rede (Urk. 8/45/40). Mit der Beschwerdeführerin ist sodann zwar darin einig zu gehen, dass nicht explizit ersichtlich ist, dass im Rahmen der Beurteilungen von Dr. K. ___ psychosoziale oder familiäre Faktoren eine wesentliche Rolle spielten. Indes war die Vermutung der Gutachter nicht unangebracht.

Letztlich erscheint der Vorwurf der unzureichenden Auseinandersetzung mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte

nicht stichhaltig. Dies insbesondere mit Blick darauf, dass das Gutachten sich in Bezug auf den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit ab dem Jahr 2003 offensichtlich auf die diesbezüglichen Angaben in den Akten stützt und damit implizit die damaligen Feststellungen der behandelnden Ärzte anerkennt (Urk. 8/45/34). Was im Übrigen die gutachterliche Stellungnahme zur angestammten Tätigkeit betrifft, besteht kein Anlass, die Feststellung anzuzweifeln, wonach der Beschwerdeführerin das Durchscannen der Ware intermittierend mit dem linken Arm oder beidhändig zur Entlastung zumutbar ist. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin ist auch nicht von einer mindestens mittelschweren Tätigkeit auszugehen, weil sie zwischendurch 6er-Packungen mit 1,5-Liter-Flaschen (oder ähnliches) hochheben müsse. Das Schieben einer solchen Packung über den Scanner ist für die Kassiererin nicht mit einem eigentlichen Hochheben der Ware verbunden. Ohnehin verhält es sich heute zumeist so, dass die Kassiererin den Preis von grösserer bzw. schwerer Ware entweder manuell eintippt oder der Kunde die Packung selber kurz hochhebt und die Kassiererin nur den Hand-Scanner bedienen muss. Schliesslich ist auch festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin entgegen ihrer eigenen Aussage nicht 8 h täglich an der Kasse sitzt, sondern sie zwischendurch mit anderen Arbeiten, so dem Auffüllen von Regalen, beschäftigt ist. 5.3

Im Ergebnis ist auch in Bezug auf das rheumatologische Gutachten festzustellen, dass dieses umfassend und nachvollziehbar erscheint. Das rheumatologisch-psychiatrische Gesamtgutachten stellt für die Rentenbeurteilung grundsätzlich eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage dar. In zeitlicher Hinsicht ist indes zu beachten, dass der Zeitpunkt der Begutachtung schon relativ weit zurück liegt, konkret erfolgte diese im Juni 2008, derweil die angefochtene Verfügung vom Januar 2012 datiert. Während der Zeitspanne von mehr als 3,5 Jahren, welche zwischen Begutachtungs- und Verfügungszeitpunkt liegt, kann eine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht ausgeschlossen werden. Einen konkreten Anhaltspunkt für eine solche Verschlechterung bildet der Bericht von Dr. E. ___ vom 18. Oktober 2012, der als neue Diagnosen ein Karpaltunnelsyndrom rechts, myofasciale Beschwerden sowie ein Thoracic-outlet-Syndrom aufführt, wobei die myofasciale Situation im Vordergrund zu sein scheint und die Zervikobrachialgien mit Schmerzausbreitung schon länger bestünden. Dr. E. ___ empfiehlt aufgrund der Situation der Beschwerdeführerin ausdrücklich eine Operation (Urk. 13/2). Aufgrund dieser Einschätzungen des behandelnden Neurologen – wie eben auch mit Blick auf die lange Zeitspanne

zwischen Begutachtungs- und Verfügungszeitpunkt - drängen sich im vorliegenden Fall ergänzende medizinische Abklärungen in Bezug auf den Zeitraum nach der Begutachtung auf.

Im Übrigen stellt sich die Beschwerdeführerin offenbar auf den Standpunkt, dass mit dem Untersuchungsbericht von Dr. E.____

die Fehlerhaftigkeit des Gutachtens des Z.____ nachgewiesen sei. Diesbezüglich ist aber darauf hinzuweisen, dass die fragliche Untersuchung

mehr als vier Jahre nach der Begutachtung stattfand, weshalb Zweifel an der Zuverlässigkeit derselben nicht angebracht sind. 5.4

Zusammenfassend erscheint der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum Datum der gutachterlichen Exploration am 12./13./16. Juni 2008 als genügend abgeklärt. Für die Zeit danach sind aus somatischer Sicht

weitere Abklärungen angezeigt. In diesem Sinne ist die Sache zur Durchführung einer Verlaufsberatung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, was zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde führt. 6.

6.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festgelegt. Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint vorliegend als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. 6.2

Die obsiegende Beschwerdeführerin hat sodann Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses, dem Mass des Obsiegens, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen. Das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege erweist sich bei diesem Verfahrensausgang als gegenstandslos.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. Januar 2012 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Renata Hajek Saxer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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 Hurst Giger CA/GI/IK versandt

E. 4

5). Mit Schreiben vom 15. Dezember 2008 äusserte sich die Versicherte zu den Ergebnissen des Gutachtens (Urk. 8/52). In einer weiteren Stellungnahme vom 24. Januar 2009 kam der RAD -Arzt , Prof. Dr. med.

C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss, es sei eine psychiatrische Standorteinschätzung durch den RAD angezeigt (Urk. 8/67/5). Der mit der betreffenden Beurteilung beauftragte RAD-Arzt pract. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete gestützt auf seine Untersuchung vom 28. April 2009 am 18. Mai 2009 seinen Bericht, gemäss welchem bei der Beschwerdeführerin von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % auszugehen sei (Urk. 8/56). Auf dieser Grundlage sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 24. März 2010

gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 49 % mit Wirkung ab 1. September 2008

eine Viertelsrente

zu (Urk. 8/68 ; Urk. 8/73). Des Weiteren hielt die IV-Stelle an ihrem Vorbescheid vom 11. März 20

E. 07

fest, wonach kein Anspruch auf Umschulung bestehe (vgl. Verfügung vom 5. November 2009; Urk. 8/69).

E. 8

ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28

Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztli che und gebe nenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und da zu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tä tigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beur teilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zuge mutet werden kön nen (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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