

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00197 vom 30. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00197

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00197 du 30 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00197 del 30 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1957, war zuletzt vom 1. April 2002 bis zum 30. April 2005 in einem Teilzeitpensum als Küchenhilfe angestellt (Urk. 5/4 und 5/5).

Am 1. November 2005 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an, da sie seit dem

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art.

E. 1.2

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).

E. 1.3

Ändert sich der Grad der Invalidität einer Rentenbezügerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise, so ist die Rente laut Art. 17 Abs. 1 ATSG für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. 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 sie

nach damaliger Sach- und Rechtslage (BGE 125 V 383 E. 3)

zweifelloos unrichtig war und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Letzteres trifft auf periodische Dauerleistungen regelmässig zu (vgl. BGE 119 V 475 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin zog in der angefochtenen Verfügung in Betracht, die Rentenzusprache sei im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Dr. Y.____ vom 23. November 2006 erfolgt. Die IV-Stelle habe es unterlassen, die sich aus dem Gutachten ergebenden Ungereimtheiten zu klären und eine psychiatrische Abklärung in Auftrag zu geben. Damit habe sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Die rentenzusprechende

Verfügung vom 26. Juni 2007 sei daher zweifellos unrichtig. Aus dem Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. B.____ vom 30. November 2012 gehe hervor, dass die Versicherte aus somatischer Sicht bereits seit Juni 2005 wieder zu 100 % arbeitsfähig sei und an psychischen Beschwerden leide, die gemäss herrschender Rechtsprechung nicht invalidisierend seien (Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber den Standpunkt vertreten, die Invalidenrente sei ihr wegen der ausgewiesenen somatischen Leiden zugesprochen worden. Heute zu behaupten, eine psychiatrische Abklärung hätte zu einem anderen Ergebnis geführt, verstosse gegen Treu und Glauben. Dies gelte umso mehr, als anlässlich einer zuvor durchgeführten Revision keine Änderung festgestellt und der Anspruch auf die bisherige Viertelsrente bestätigt worden sei. Das Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. B.____ sei mit diversen Mängeln behaftet. Überdies habe es die Beschwerdegegnerin versäumt, eine aktuelle Haushaltabklärung in Auftrag zu geben (Urk. 1). 3. 3.1

Den medizinischen Unterlagen, die beim Erlass der rentenzusprechenden Verfügung am 26. Juni 2007 vorlagen, lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 1. Dezember 2004 eine ca. 15 Kilogramm schwere Kiste angehoben hatte und danach über akute Lumbalgien mit Ausstrahlung ins rechte Bein klagte (Urk. 5/8/4 und 5/8/11). Vom 6. Dezember 2004 bis zum 14. Januar 2005 war sie im F.____ hospitalisiert (Urk. 5/8/14). Dort wurden eine Sensibilitätsminderung über dem Dermatome S1 rechts und eine Schmerzausstrahlung ins Dermatome S1 rechts mit einer Verminderung des Achillessehnenreflexes erhoben. Eine MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule am 6. Dezember 2004 zeigte eine grosse, möglicherweise beginnend sequestrierte Diskushernie L5/S1 rechts mit Kompression der Nervenwurzel S1. Gleichentags wurde ein Sakralblock mit 80 mg Kenacort A und 4 ml Carostesin 0.25 % durchgeführt, worauf eine Mobilitätsverbesserung und eine Regredienz der Beschwerden eintraten. Nach einer Verschlechterung wurde am 15. Dezember 2004 mit einer periradikulären Therapie (PRT) des Neuroforamens S1 rechts eine Besserung bewirkt. Die Versicherte wurde auf die Möglichkeit und die guten Erfolgchancen einer operativen Lösung hingewiesen. Sie lehnte jedoch vorderhand eine Operation ab. Am 14. Januar 2005 wurde sie stockmobil in ambulante Behandlung entlassen (Urk. 5/8/11 und 5/8/13). Am 11. Februar 2005 wurde eine zweite PRT durchgeführt (Urk. 5/8/4).

Vom 10. bis zum 31. März 2005 war die Beschwerdeführerin erneut im F.____ hospitalisiert, wo sie anschliessend ambulant weiterbehandelt und am 27. April 2005 letztmals untersucht wurde (Urk. 5/8/4 und 5/8/5). Im Bericht des F.____ vom 25. November 2005 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumboradikulares Schmerz- und ein sensomotorisches Ausfallssyndrom S1 rechts (MRI der Lendenwirbelsäule vom 6. Dezember 2004: Grosse Diskushernie L5/S1 mit recessaler Kompression der Nervenwurzel S1 rechts) aufgeführt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die arterielle Hypertonie, das Karpaltunnelsyndrom, der Verdacht auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom links und die Adipositas per magna (Urk. 5/8/3). Vom 6. Dezember 2004 bis zum 31. März 2005 habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (Urk. 5/8/3). Nach der zweiten Hospitalisation sei es bereits zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerdesymptomatik gekommen, so dass die Wiederaufnahme der Arbeit (zumindest zu 50 %) geplant gewesen sei. Es sei nach der Konsultation vom 27. April 2005 ein weiterer Kontrolltermin vorgesehen gewesen, die

Versicherte habe sich jedoch nicht mehr gemeldet (Urk. 5/8/4). 3.2

Die Hausärztin Dr. E.____ führte in ihrem Bericht vom 6. April 2006 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 5/13/5): -

Lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts mit Irritation der Wurzel S1 bei rechtsparamedianer Diskushernie L5/S1 -

Thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Anulus fibrosus Defekt Th 11/Th 12 bis L3/L4 -

S-förmige Skoliose -

Karpaltunnelsyndrom links mit Ulnaris- und Medianuskompression.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die arterielle Hypertonie, die Adipositas per magna und die depressive Episode mit Angstkomponente (Urk. 5/13/5).

Der Gesundheitszustand der Versicherten sei besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (Urk. 5/13/2). Die Versicherte werde physiotherapeutisch betreut mit dem ersten Ziel der vollständigen Entwöhnung vom selber organisierten Gehstock, was bereits teilweise gelungen sei. Die Rückenschmerzen seien allerdings persistent und blieben sicher länger einschränkend, da noch eine deutliche muskuläre Insuffizienz auf grund der länger bestehenden einseitigen Stockbelastung vorhanden sei (Urk. 5/13/6). Dr. E.____ empfahl, gegenwärtig von weiteren invasiven Massnahmen abzusehen, da solche wegen der Ängstlichkeit der Versicherten mit Hang zur Somatisierung zur Schmerzzunahme führen könnten. Die Versicherte reagiere sehr gut auf einen langsamen körperlichen Wiederaufbau und habe unter der motivierenden Führung der Physiotherapeutin grosse Fortschritte gemacht. Das Karpaltunnelsyndrom auf der linken Seite sollte operativ behandelt werden. Dies setze voraus, dass die Ängste der Versicherten gemindert werden könnten. Eine Psychotherapie zur Linderung des sich entwickelnden Angstsyndroms und der Depression sei aus sprachlichen Gründen schwierig, weshalb Dr. E.____ dies im hausärztlichen Rahmen mit Unterstützung des Ehemannes versuchen möchte. Sobald die Versicherte offen sei für spezialärztliche Massnahmen, womit Dr. E.____ in ca. sechs Monaten rechnen, werde sie einem Neurochirurgen vorgestellt mit der Frage nach möglichen operativen Massnahmen des Rückens (DH L5/S1), eventuell gleichzeitig mit einer Faszienspaltung. Allerdings müsste bis dahin eine Gewichtsreduktion stattfinden, woran Dr. E.____ mit der Versicherten arbeite (Urk. 5/13/6). Aktuell bestehe wegen der multiplen Wirbelsäulenveränderungen und des Karpaltunnelsyndroms eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Unter intensiver Physiotherapie zur Mobilisation und Kräftigung der Rückenmuskulatur und einer Reduktionsdiät könnte langsam eine Verbesserung des Zustands erreicht werden, womit die Basis zur erfolgreichen Operation gelegt wäre (Urk. 5/13/7).

In einem weiteren Bericht vom 17. Juli 2006 bestätigte Dr. E.____, die Versicherte habe grosse Fortschritte bezüglich Mobilisation und Selbstvertrauen gemacht, weshalb sie sich vorstellen könne, dass die Versicherte eine sitzende behinderungsangepasste Tätigkeit, bei der sie vor allem die rechte Hand benutzen könne, ca. zwei Stunden pro Tag ausüben könnte (Urk. 5/18). 3.3

In seinem orthopädisch-chirurgischen Gutachten vom 23. November 2006 (Urk. 5/23) hielt Dr. Y.____ fest, er habe die Versicherte am 8. November 2006 untersucht, und stellte die folgenden Diagnosen (Urk. 5/23/16): -

Chronisches invalidisierendes, therapieresistentes Thorakolumbovertebralsyndrom mit

-

Diskushernie L5/S1 mit Irritation der Wurzel S1

-

deutlicher Schmerzverarbeitungsstörung

-

anamnestisch depressiver Episode mit Angstkomponente -

Karpaltunnelsyndrom links -

Adipositas per magna -

Arterielle Hypertonie.

Die demonstrierten Beschwerden im Bereich der rechten unteren Extremität und der lumbalen Wirbelsäule seien mittels MRI genügend dokumentiert mit der unveränderten Irritation der Nervenwurzel S1 im Verlauf von zwei Jahren. Sämtliche therapeutischen Ansätze seien gescheitert. Eine operative Therapie werde ebenfalls ein Ding der Unmöglichkeit sein, da kein vernünftiger Neurochirurg oder Orthopäde eine solche Patientin operieren würde, da keine postoperative Kooperation zu erwarten sei (Urk. 5/23/16).

Das Karpaltunnelsyndrom auf der linken Seite sei sicher operationswürdig, nach einer durchgeführten Operation werde sich vermutlich an der Arbeitsfähigkeit der Versicherten nichts ändern (Urk. 5/23/16).

Man müsse sich fragen, wieweit eine Willensanstrengung da sei, überhaupt wie der zu funktionieren bzw. die Beschwerden zu überwinden und wieder arbeits- oder überhaupt voll funktionsfähig zu werden (Urk. 5/23/16 f.). Man erhalte den Eindruck, dass sich die Versicherte in einen Zustand geflüchtet habe, der einer Abschottung gegenüber der normalen Außenwelt gleiche. Die der Versicherten auferlegbare Schadenminderungspflicht dürfte in der Gewichtsreduktion liegen, da man sonst annehmen müsse, das Ganze werde sich weiterziehen, insbesondere, es werde demnächst eine Gonarthrose beidseits auftreten. Die Motivation zur Mitwirkung schätze er eher als gering ein. Nach seinem Dafürhalten sei ein Grossteil der aktuellen Beschwerden durch psychosoziale Faktoren beeinflusst, welche in der allgemeinen Einstellung gegenüber der Krankheit und in der gestörten Schmerzverarbeitung ihren Ausdruck fänden. Nach seinem Dafürhalten gehörten die Schmerzverarbeitungsstörung bzw. das von der Hausärztin diagnostizierte Angstsyndrom, das eine weitere medizinische Therapierbarkeit verhindere, psychiatrisch abgeklärt (Urk. 5/23/17).

Er erachte die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit durch Dr. E. ___ als zutreffend. Die Versicherte sei für eine sitzende behinderungsangepasste Tätigkeit, bei der sie vor allem mit der rechten Hand arbeiten könne, ca. zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig (Urk. 5/23/17).

Andere als von der Hausärztin angegebene Therapien, abgesehen von der psychiatrischen Abklärung bezüglich der Schmerzverarbeitungsstörung, seien nicht angebracht. Weiter werde die Adipositas dazu führen, dass in nächster Zeit mit dem Auftreten einer Kniearthrose beidseits zu rechnen sei. An eine Besserung der Adipositas sei ebenfalls nicht

zu denken (Urk. 5/23/17).

Die Arbeitsfähigkeit betrage knapp unter 50 % des 50%igen Arbeitspensums (Urk. 5/23/18). Die Restarbeitsfähigkeit für Tätigkeiten im Haushalt dürfte, da hier die Arbeit zeitlich frei einteilbar sei, bei knapp 50 % liegen (Urk. 5/23/19).

E. 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. 4.1

Im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens wurde ein Verlaufsbericht von Dr. E.____ vom 15. September 2012 (Urk. 5/65/5) zu den Akten genommen. Darin wurden eine Gehstörung bei Diskushernie mit Irritation der Wurzel S1 und chronischem lumboradikulärem Schmerzsyndrom L5/S1, ein Anulus fibrosus-Defekt Th 11-12 und L3/L4, eine arterielle Hypertonie mit rezidivierenden Entgleisungen und dem Verdacht auf Tachyarrhythmien, ein Diabetes mellitus Typ II und eine Adipositas per magna als Diagnosen festgehalten.

Aktuell sei die Situation mit dem lumboradikulären Schmerzsyndrom stabil. Die Versicherte komme immer wieder mit exazerbierten Schmerzen und reagiere dann auf lokale und per os abgegebene Analgesie und auf Physiotherapie sehr gut. Eine Notfalloperation sei deshalb bisher nie nötig gewesen. Klinisch zeige sie ein deutliches Hinken und belaste das linke Bein deutlich weniger als das rechte. Auch zeige sich eine Lendenwirbelsäulen-Skoliose, die zunehme. Aus finanzieller Not habe die Versicherte bisher weitergehende Abklärungen abgelehnt, solche wären aber sicher notwendig, um die aktuelle Situation an der Lendenwirbelsäule zu bestimmen. Unter den Nebendiagnosen finde sich eine schwer einstellbare Hypertonie mit rezidivierenden hypertensiven Entgleisungen, die auch von einer bisher klinisch nicht verifizierbaren Tachyarrhythmie begleitet werde. Ein intermittierendes Tc-Vorhofflimmern sei nicht auszuschliessen. Die Adipositas schwanke, sei aber weiterhin in malignen Bereichen, was auch die diabetische Stoffwechsellage beeinflusse. Insgesamt sei die Situation gleichbleibend und die Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 6/65/5).

E. 4.2

Im interdisziplinären Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. B.____ vom 30. November 2012 (Urk. 5/72) wurde die Diagnose einer Dysthymia gestellt, welcher eine langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukomme. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (Urk. 5/72/8): -

Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten und Status nach anamnestischer leichter depressiver Episode, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. B.____ -

Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom

-

nicht ausreichend somatisch abstützbar

-

primäres Fibromyalgie-Syndrom

-

betont im Bereich der unteren Körperhälfte

-

Panalgie -

nicht-dermatombezogene Hyposensibilität des ganzen linken oberen Körperquadranten, inklusive der Stirnregion, und des ganzen rechten unteren Körperquadranten für ausschließlich taktile Reize, bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn -

phasenweise nicht-myotombezogene Kraftabschwächungen der Beine -

Polyarthralgien -

Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in die Arme und Beine -

diffuse Druckschmerzangabe -

multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit, Schmerzen in Brustkorb und Bauch, Atembeschwerden -

Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in die Arme -

leicht- bis mittelgradige Osteochondrosen von HWK 5 bis 7 -

leichtgradige Osteochondrose von LWK5/SWK1 -

altes radikuläres Ausfallsyndrom S1 rechts (ASR-Verlust rechts) -

Diffuse idiopathische skelettale Hyperostose -

Bewegungseinschränkungen thorakal -

Adipositas mit Body Mass Index von 46,1 kg/m² -

Hypertensive Kardiopathie mit intermittierender supraventrikulärer Extrasystolie und intermittierendem Rechtsschenkelblock -

Anamnestisch Karpaltunnelsyndrom links und Verdacht auf Sulcus ulnae-Syndrom links

-

Anamnestisch Reizmagen-Syndrom -

Infekt der oberen Luftwege.

Aus interdisziplinärer Sicht habe die Arbeitsunfähigkeit ab Dezember 2004 100 % und ab Ende April 2005 50 % betragen. Ab Anfang Juni 2005 könne vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestellt werden (Urk. 5/72/20 und 7/72/23). Demnach habe in den Jahren 2006 bis 2008 aufgrund der damaligen leichten depressiven Episode eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 30 % bestanden. Seit Anfang 2009 lasse sich aus rein psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen.

keit von mehr als 20 % begründen (Urk. 5/72/55). Aktuell sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aufgrund der Dysthymia höchstens leichtgradig eingeschränkt (Urk. 5/72/55).

E. 5.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. Juni 2007 erfüllt sind. Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im widererwägungsrechtlichen Sinne (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 9C_201/2016 vom 18. Juli 2016 E. 4.3, 9C_633/2015 vom 3. November 2015 E. 2.1 und 9C_290/2009 vom 25. September 2009 E. 3.1.3, je mit Hinweisen).

E. 5.2

In der Beschwerdeschrift wurde insoweit richtig erkannt, dass die Rentenzusprache aufgrund somatischer Leiden und nicht wegen einer psychischen Erkrankung erfolgte (Urk. 1 S. 5 und 6; vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 15. März 2007, Urk. 5/33). Zur Ermittlung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wurde beim Erlass der rentenzusprechenden Verfügung im Wesentlichen auf das orthopädisch-chirurgische Gutachten von Dr. Y.____ abgestellt (vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 15. März 2007, Urk. 5/33). Dieses enthielt lediglich eine Aufzählung der gestellten Diagnosen, jedoch keine Angaben dazu, welche sich – und wenn ja, in welchem Ausmass – auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Im Ergebnis schloss sich Dr. Y.____ der von Dr. E.____ abgegebenen Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit an (Urk. 5/23/17). Diesbezüglich fällt auf, dass Dr. E.____ bloss einem Teil der von Dr. Y.____ diagnostizierten Leiden und zusätzlich der S-förmigen Skoliose eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen hatte (Urk. 5/13/5).

Weshalb der Versicherten lediglich während ca. zwei Stunden pro Tag eine angepasste Tätigkeit zumutbar sein sollte, hatte Dr. E.____ nicht begründet (Urk. 5/18). Ebenso wenig lässt sich dem Gutachten von Dr. Y.____ eine Begründung für diese Beurteilung entnehmen. Stattdessen führte Dr. Y.____ aus, nach seinem Dafürhalten sei ein Grossteil der aktuellen Beschwerden durch psychosoziale Faktoren beeinflusst, welche in der allgemeinen Einstellung gegenüber der Krankheit und in der gestörten Schmerzverarbeitung ihren Ausdruck fänden. Er forderte deshalb eine psychiatrische Abklärung, welche auch zu Erkenntnissen darüber führen sollte, was der medizinischen Therapierbarkeit der Beschwerden entgegenstehe (Urk. 5/23/17). Angesichts dieser Ausführungen drängt sich die Frage auf, ob und inwiefern Dr. Y.____ andere Gründe als somatische Beschwerden bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung mitberücksichtigte. Dies hätte der Klärung bedurft. Eine solche wurde nicht herbeigeführt, weshalb die Rentenzusprache auf einer nicht nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruhte. Dies muss umso mehr gelten, als Dr. Y.____ nebst psychosozialen auch psychische Faktoren erwähnt hatte (Urk. 5/23/16 f). Den Angaben von Dr. E.____ waren ebenfalls konkrete Anhaltspunkte für eine psychische Problematik zu entnehmen (Urk. 5/13/6). Bei dieser medizinischen

Aktenlage – insbesondere auch unter Berücksichtigung der ausdrücklichen Forderung Dr. Y.____ – hätte sich bei der (bereits) damals geltenden Rechtslage eine psychiatrische Abklärung aufgedrängt. Eine solche unterblieb. Die IV-Stelle hat daher den massgeblichen medizinischen Sachverhalt nicht vollständig abgeklärt und ihre Untersuchungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG klar verletzt. Es ist ihr deshalb eine unrichtige Rechtsanwendung vorzuwerfen, welche durch die Wiedererwägung der rentenzusprechenden Verfügung zu korrigieren ist.

E. 5.3

Bei zweifelloser Unrichtigkeit wegen Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes erübrigt es sich, den damals rechtserheblichen Sachverhalt weiter abzuklären und auf dieser nunmehr hinreichenden tatsächlichen Grundlage den Invaliditätsgrad zu ermitteln. Es ist mit Wirkung ex nunc et pro futuro ein rechtskonformer Zustand herzustellen, das heisst es ist die künftige Anspruchsberechtigung prüfen. Dafür ist auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 23. Januar 2015 zu ermitteln (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_633/2015 vom 3. November 2015 E. 3.2).

Es spielt deshalb keine Rolle, zu welchem Ergebnis die vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. Juni 2007 erforderlich gewesene psychiatrische Abklärung geführt hätte. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch – entgegen der in der Beschwerdeschrift vertretenen Ansicht (Urk. 1 S. 5) – dies bezüglich keine Behauptungen aufgestellt (vgl. Urk. 2). Anzumerken bleibt, dass der Umstand, dass die ursprüngliche Rentenverfügung nach dem im Jahr 2008 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahren bestätigt worden ist, der späteren Wiedererwägung nicht entgegen steht; die zwischenzeitliche Bestätigungen der Viertelsrente ist wiedererwägungsrechtlich unerheblich, weil ihr keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs zugrunde lag, zumal es an einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung mangelte (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_633/2015 vom 3. November 2015 E. 3.2 mit Hinweis; vgl. auch Urk. 5/50 und 5/51 sowie das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 6. Januar 2009, Urk. 5/54).

In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass Dr. E.____ damals die Auffassung vertreten hatte, es bestehe eine 100%ige Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, wobei sie bei ihrer Einschätzung auch eine seit Dezember 2004 zunehmende Angststörung mitberücksichtigte (Urk. 5/50/2 und 5/50/6). Angesichts der von ihr damals ärztlich erhobenen Befunde – 51-jährige Patientin mit adipösem Ernährungszustand (156 cm, 102,6 kg) und leicht reduziertem Allgemeinzustand, aktuell leichte Knöchelödeme, Blutdruck 135/80 mmHg, Puls 42/min, deutliche lumbale Verspannungen, neurologischer Befund gleichbleibend mit vermindertem Achillessehnenreflex rechts, Sensibilität Unterschenkel rechts bis in die Ferse rechts und Anämie Hb 11,0 g/dl (Urk. 5/50/3) – erscheint diese Einschätzung keineswegs als nachvollziehbar. Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Beschwerdeführerin seit dem 26. Mai 2008 behandelte, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 7. Oktober 2008 eine seit 2003 bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine seit 2007 bestehende leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und einen Status nach Herzinfarkt 2005, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Überdies bestätigte sie eine seit 2004 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Küchengehilfin (Urk. 5/51/2). Diese wurde mit den damals erhobenen Befunden (vgl. Urk. 5/51/3) ebenfalls wenig nachvollziehbar begründet. Bei

dieser medizinischen Aktenlage wären weitere Sachverhaltsabklärungen, insbesondere auch mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, erforderlich gewesen. Ferner hätte in Anbetracht der (erst) am 26. Mai 2008 begonnenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eine allfällige Verletzung der auferlegten Schadenminderungspflicht weiter abgeklärt werden müssen. Es war auf jeden Fall ungenügend, sich mit der Beteuerung der Tochter zu begnügen, die Beschwerdeführerin habe das Ein schreiben vom 15. März 2007 (Urk. 5/35) nicht erhalten (Urk. 5/49). Aus der schriftlichen Mitteilung vom 5. Januar 2009, womit die Viertelsrente bestätigt wurde (Urk. 5/55), kann die Beschwerdeführerin somit nichts zu ihren Gunsten ableiten (vgl. Urk. 1 S. 7). Das Gebot von Treu und Glauben, auf welches in der Beschwerdeschrift verwiesen wurde (Urk. 1 S. 5), steht der Wiedererwägung der rentenzusprechenden Verfügung nicht entgegen.

E. 6.1

Zur Ermittlung des für den Erlass der angefochtenen Verfügung massgeblichen Sachverhalts hat die Beschwerdegegnerin auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. B.____ vom 30. November 2012 (Urk. 5/72) und die Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 2. Mai 2014 (Urk. 5/91) abgestellt (vgl. Urk. 2).

E. 6.2

Das zur Diskussion stehende Gutachten basiert auf den fachärztlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin am 13. und 27. November 2012 (Urk. 5/72/1 und 5/72/25). Es wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstattet (Urk. 5/72/1 und 5/72/24). Die gestellten Fragen beantwortet es umfassend. Überdies setzt es sich detailliert mit anderslautenden Beurteilungen, namentlich derjenigen von Dr. Y.____, Dr. E.____ und Dr. G.____, auseinander.

E. 6.3

Gegen das Teilgutachten von Dr. Z.____ wurde von Seiten der Beschwerdeführerin vorgebracht, das Problem mit der Diskushernie und mit der Irritation der Wurzel S1 sei bereits in den Jahren 2004 und 2005 diagnostiziert worden. Indem Dr. Z.____ diesbezüglich einen Zusammenhang zu den geklagten Schmerzen verneint habe, habe er eine schematisierte und realitätsfremde Praxis der von der IV-Stelle beauftragten Ärzte angewandt. Um überhaupt feststellen zu können, ob das Problem mit der Diskushernie und mit der Irritation der Wurzel S1 noch vorhanden sei, hätte unbedingt eine neue MRI-Untersuchung durchgeführt werden müssen; eine solche sei nicht erfolgt (Urk. 1 S. 7 f.).

Hierzu ist vorab zu bemerken, dass Dr. Z.____ festhielt, die Versicherte habe sämtliche Bewegungen aller axialen und peripheren Gelenke in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft geschildert, unabhängig davon, ob ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder in entlasteter Körperhaltung untersucht worden sei. Dies weist vordergründig auf nicht-somatisch abstützbare Beschwerden hin, denn bei somatisch abstützbaren Beschwerden wäre zu erwarten, dass die eine Bewegungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert wird als die andere (Urk. 5/72/4 und 5/72/9). Die Versicherte habe auch die Bewegungen der ganzen Wirbelsäule als etwa gleich schmerzhaft eingestuft, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet werden, oder in möglichst entspannter liegender Körperhaltung erfolgte (Urk. 5/72/5 und

5/72/12 f.). Bei der Beschwerdeschilderung habe die Versicherte zudem eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik präsentiert, die während der klinischen Untersuchung zugenommen habe. Es seien fünf der fünf Waddell-Zeichen nachweisbar gewesen. Diese Umstände seien ebenfalls als Hinweis auf nicht-organisch abstützbare Beschwerden zu werten (Urk. 5/72/4).

In der aktuellen klinischen Untersuchung sei der Achillessehnenreflex nicht nachweisbar (Urk. 5/72/4 und 5/72/10). Das heisse konkret, dass zu einem früheren Zeitpunkt eine Läsion der sensiblen Afferenz und/oder der motorischen Efferenz der Wurzel S1 eingetreten sein müsse. Es könne sich nur um eine diskrete Läsion handeln, weil die Muskulatur allseits normal ausgeprägt sei und weil keine Parese objektivierbar sei. Bei fehlenden Nervendehnungszeichen handle es sich somit um ein altes und diskretes Ausfallsyndrom der Wurzel S1 rechts. Dieses resultiere gemäss der vorliegenden Dokumentation aus einer Neurokompression, auf die im Austrittsbericht des F. ___ vom 25. Januar 2005 hingewiesen worden sei. Gemäss dem Austrittsbericht des F. ___ vom 30. März 2005 bildete sich die Parese im rechten Bein vollständig zurück. Zeitgleich habe die Versicherte eine Änderung des Schmerzcharakters beschrieben, welche – aus den dargelegten Gründen – auf vordergründig nicht mehr somatisch abstützbare Schmerzen respektive Rückenschmerzen hinweise (Urk. 5/72/10 f.). Dies heisse nicht, dass bei der Versicherten keine somatisch-pathologischen Befunde vorliegen könnten; dies bezüglich sei auf seine weiteren Angaben zu verweisen (Urk. 5/72/12).

Anamnestisch und klinisch bestünden keine Hinweise auf ein akutes radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder auf eine Irritation/Kompression des Gefäss-Nervenbündels, zum Beispiel im Sinne einer Thoracic Outlet-Komponente. In der vorliegenden Dokumentation seien ebenfalls keine entsprechenden Hinweise erwähnt (Urk. 5/72/13).

Die geschilderten generalisierten Schmerzen, die seit Februar 2005 bestünden, könnten nicht in kausalem Zusammenhang mit der Kompression einer beliebigen Wurzel stehen. Ebenso wenig liessen sie sich mit von der Wirbelsäule ausgehenden Beschwerden begründen (Urk. 5/72/13). Die mit Hilfe der am 13. November 2012 erstellten Röntgenaufnahmen der gesamten Wirbelsäule erhobenen Befunde (vgl. Urk. 5/72/5 f.) könnten, müssten jedoch nicht symptomatisch werden. Wenn derartige Befunde Beschwerden verursachten, seien eindeutig schmerzverstärkende respektive beschwerdelindernde Mechanismen zu erwarten. Die Versicherte habe jedoch angegeben, es hätten seit Februar 2005 Beschwerden ohne belastungsabhängige Schmerzcharakteristika bis hin zu permanent anhaltenden Schmerzen bestanden (Urk. 5/72/13 f.). Die mit den Röntgenaufnahmen dokumentierten leichtgradigen Skoliosierungen seien derart diskret ausgeprägt, dass sie sich klinisch nicht objektivieren liessen und als physiologisch einzustufen seien (Urk. 5/72/14). Die Versicherte habe keine Beschwerden geschildert, die auf eine symptomatische diffuse idiopathische skelettale Hyperostose schliessen liessen. Die aus einer solchen resultierenden Bewegungseinschränkungen wirkten sich überdies zumeist nicht leistungseinschränkend aus (Urk. 5/72/14).

Im Rahmen der Diskussion der Vorakten führte Dr. Z. ___ ferner aus, aus einer symptomatischen Neurokompression der Wurzel S1 könne, müsse jedoch nicht eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren. Aufgrund des Austrittsberichts des F. ___ vom 30. März 2005 sei von einem erfreulichen Verlauf auszugehen (Urk. 5/72/16). Seit Anfang Juni 2005 lasse sich – auch mit den weiteren Unterlagen –

keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr für die von der Versicherten früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten begründen. Ebenso wenig für Haushaltarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig belastenden Arbeitsprofil (Urk. 5/72/20).

Mit diesen eingehenden Darlegungen hat Dr. Z. ___ den von der Versicherten geschilderten Beschwerden, den erhobenen Befunden und den medizinischen Vorakten Rechnung getragen. Insbesondere hat er nachvollziehbar begründet, weshalb seiner Auffassung nach die aktuell geklagten Beschwerden weder auf die Diskushernie mit der Irritation der Wurzel S1 noch auf die anderen erhobenen somatisch-pathologischen Befunde zurückzuführen sind. Aus dem im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Bericht von Dr. E. ___ vom 15. Mai 2015 über in der Zeit vom 15. Juli 2010 bis zum 11. Mai 2015 durchgeführte Injektionen zur Behandlung akuter sehr starker Rückenschmerzen (Urk. 11) geht nichts hervor, weswegen die Einschätzung von Dr. Z. ___ in Zweifel zu ziehen wäre.

Was den gerügten Verzicht auf eine aktuelle MRI-Untersuchung (Urk. 1 S. 8; vgl. auch Urk. 5/86/5) anbelangt, ist zum einen auf das Teilgutachten von Dr. Z. ___ zu verweisen. In demselben wies Dr. Z. ___ darauf hin, mit MRI-Befunden liessen sich nur dann Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründen, wenn korrelierende Beschwerden oder korrelierende somatisch-pathologische Befunde objektivierbar seien (Urk. 5/72/19). Letztere hatte Dr. Z. ___ eingehend diskutiert und eine Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2005 verneint. Insbesondere führte er in seiner Stellungnahme vom 2. Mai 2014 (Urk. 5/91) aus, er verweise zunächst auf die epidemiologische Datenlage von MRI-Abklärungen bei asymptomatischen Probanden. Bei solchen könnten Diskushernien cervical in bis zu 50 % der Fälle und lumbal in bis zu 40 % der Fälle, mit und ohne neurokompressiven Befund, dokumentiert werden. Das heisse konkret, dass ein in der MRI-Abklärung dokumentierter bildgebend pathologischer Befund immer nur unter Berücksichtigung der Beschwerdeschilderung respektive der klinisch-pathologischen Befunde interpretiert werden sollte (Urk. 5/91/1). Dies erscheint überzeugend und es wurde auch in der Beschwerdeschrift nichts vorgetragen, was diese generellen Ausführungen in Frage zu stellen vermöchte (vgl. Urk. 1).

Darüber hinaus verwies Dr. Z. ___ zu Recht darauf, er habe in seinem Gutachten die objektivierbaren klinisch-pathologischen Befunde, im Sinne eines alten und diskreten Ausfallsyndroms der Wurzel S1 rechts (isolierter Ausfall des Achillessehnenreflexes rechts) diskutiert. Hinweise auf eine dermatombezogene Ausfallkomponente oder auf eine myotombezogene Parese oder auf eine Muskelhypotrophie der vom Myotom S1 versorgten Muskulatur habe er keine gehabt (Urk. 5/91/1). Zudem habe auch kein Hinweis auf ein akutes Reizsyndrom einer beliebigen Wurzel oder auf einen symptomatischen engen Spinalkanal bestanden. Er habe deshalb, bei fehlenden versicherungstechnischen Konsequenzen, auf die Durchführung einer MRI-Abklärung der Wirbelsäule verzichtet (Urk. 5/91/2). Es kann offen bleiben, ob die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin mit der Nachfrage nach MRI-Aufnahmen davon ablenken wollte, dass die geschilderten Beschwerden, wie im Gutachten diskutiert, seit Jahren höchst partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abgestützt werden könnten, wie es von Dr. Z. ___ vermutet wurde (Urk. 5/91/2). Entscheidend ist vielmehr, dass von neuen MRI-Aufnahmen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten waren, weshalb Dr. Z. ___ in diesem Punkt keine Unterlassung vorzuwerfen ist.

E. 6.4

Des Weiteren wurde moniert, weder die von Dr. Z.____ erwähnten Röntgenaufnahmen vom 13. November 2012 noch ein entsprechender Röntgenbericht befanden sich in den Akten. Es könne somit davon ausgegangen werden, diese Dokumente seien bewusst nicht eingereicht worden, da sie allenfalls etwas zu Gunsten der Beschwerdeführerin aussagten (Urk. 1 S. 8 und 5/86/5). Diesbezüglich hat der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin bereits im April 2014 richtig erklärt, die für ein Gutachten erstellten Röntgenaufnahmen würden nicht der IV-Stelle zugestellt, sie seien beim Gutachter erhältlich zu machen (Urk. 5/92/2). In der Beschwerdeschrift wurde nicht ansatzweise behauptet, die Beschwerdeführerin oder ihre Rechtsvertreterin hätten dies erfolglos versucht (Urk. 1). Es sind somit keinerlei Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass die Beschwerdeführerin aus den Originalröntgenaufnahmen und einem allenfalls dazu verfassten Bericht etwas zu ihren Gunsten abzuleiten vermöchte. Nach wie vor steht es ihr frei, bei Dr. Z.____ um Einsichtnahme in die für die Begutachtung erstellten Röntgenaufnahmen zu ersuchen.

E. 6.5

Dr. Z.____ wurde sodann vorgeworfen, er habe die Beschwerden im Zusammenhang mit dem Karpaltunnelsyndrom und dem Verdacht auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom nicht untersucht (Urk. 1 S. 8). Aus dem Teilgutachten von Dr. Z.____ geht indessen hervor, dass dieser das in den Vorakten diagnostizierte Karpaltunnelsyndrom links und den damals geäußerten Verdacht auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom links sehr wohl prüfte.

Er hielt diesbezüglich fest, die Versicherte habe anlässlich der aktuellen Begutachtung ihm gegenüber keine typischen Beschwerden geschildert. Die klinischen Tests zur Prüfung des Karpaltunnelsyndroms, wie der Tinel- und der Phalantest, seien beidseits normal respektive negativ ausgefallen. Im orthopädischen Gutachten von Dr. Y.____ vom 23. November 2006 sei bezüglich des Karpaltunnelsyndroms links festgehalten worden, die Thenarmuskulatur der linken Hand sei deutlich weniger ausgebildet als diejenige der rechten Hand. Er selbst habe eine leichtgradige Muskelhypotrophie der Thenarmuskulatur objektiviert, die nicht mit einer Kraftabschwächung einhergehe. Je nach diesbezüglichem Verlauf empfehle er eine erneute elektrophysiologische Abklärung. Sofern aufgrund einer solchen operationsbedürftiger Befund diagnostiziert werden sollte, wäre eine Operation – aus medizinischer Sicht beurteilt – zumutbar. Diesbezüglich verweise er darauf, dass die Dekompression des Nervus medianus ambulant durchgeführt werde, maximal mit einer Operationszeit von 10 bis 15 Minuten einhergehe und keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge habe. Zudem habe er klinisch keinen Hinweis auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom erhoben (Urk. 5/72/12).

Ferner vermerkte Dr. Z.____ zum Befund, er habe einen Oberarmumfang rechts von 41 cm und links von 41 cm, jeweils 15 cm proximal der Olecranonspitze gemessen. Der Unterarmumfang rechts habe 26,5 cm und links 25,5 cm betragen, jeweils 15 cm distal der Olecranonspitze gemessen. Diese Umfangdifferenz zwischen dem rechten und dem linken Unterarm sei als physiologisch einzuordnen für eine Rechtshänderin, die entsprechend ihrer Rechtsdominanz ihre Extremitäten funktionell unbehindert einsetzen könne (Urk. 5/72/4).

Dr. Z.____ hatte folglich die erforderlichen Untersuchungen getätigt und gelangte darauf zum einleuchtenden Schluss, es seien aktuell keine relevanten Beeinträchtigungen vorhanden. Darüber hinaus legte er auch nachvollziehbar dar, weshalb selbst bei einem schlechten Verlauf nicht von einem Leiden mit einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen wäre. Letzteres steht im Einklang mit den medizinischen

Vorakten, in welchen ebenfalls die Behandelbarkeit der diesbezüglichen Beschwerden zum Ausdruck kommt (vgl. Urk. 5/13/2, 5/136 und 5/23/16).

E. 6.6

Dr. Z.____ diagnostizierte bei einer Grösse von 157 cm und einem Gewicht von 113,6 kg eine Adipositas (Urk. 5/72/4 und 5/72/8). Diesbezüglich wurde ihm in der Beschwerdeschrift zur Last gelegt, er sei auf das Problem nicht eingegangen (Urk. 1 S. 9). Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. Z.____ in seinem Teilgutachten ausdrücklich festhielt, die Versicherte belaste sich mit dem Übergewicht körperlich. Sie habe angegeben, bis 2004 habe ihr Gewicht zwischen 80 und 90 kg geschwankt, was einem Übergewicht von 22 bis 32 kg entspreche. Seit 2004 habe das Körpergewicht gemäss ihrer Schilderung auf das aktuelle Ausmass zugenommen. Er beurteile gewichtsreduzierende Massnahmen als indiziert und in der Umsetzung auch als zumutbar (Urk. 5/72/15).

Gegen die letztgenannte Einschätzung wurde eingewandt, gewichtsreduzierende Massnahmen seien nicht erfolgsversprechend, da die Beschwerdeführerin mehrmals vergeblich versucht habe, ihr Gewicht zu reduzieren (Urk. 1 S. 9). In den medizinischen Akten sind jedoch keine erfolglosen Versuche einer Gewichtsreduktion dokumentiert. Im Gegenteil; dem im Jahr 2008 verfassten Bericht von Dr. E.____ zufolge nahm die Beschwerdeführerin zwischen August 2007 und Mai 2008 immerhin acht Kilogramm ab (Urk. 5/50/3). Zudem hat Dr. Z.____ richtig erkannt, dass die Versicherte gemäss dem kardiologischen Konsiliumsbericht vom 13. Dezember 2007 übermässig Kalorien zuführt und entsprechend der positiven Energiebilanz das Körpergewicht zunimmt (Urk. 5/72/16; vgl. Urk. 5/50/7). Die Beurteilung von Dr. Z.____ steht somit im Einklang mit den Akten und erscheint nachvollziehbar.

Darüber hinaus prüfte Dr. Z.____ die in den Vorakten erwähnten Diagnosen „Diabetes mellitus Typ II“ und „hypertensive Kardiopathie“ und verneinte auf Grund seiner aktuellen Untersuchungen einen Hinweis auf eine Hyperglykämie oder eine Herzinsuffizienz. Schliesslich stellte er insoweit korrekt fest, dass das Ausmass des Übergewichts erhöhe das Risiko für die Entwicklung eines Diabetes mellitus deutlich und eine Adipositas beeinflusse die hypertensive Kardiopathie ungünstig, weshalb gewichtsreduzierende Massnahmen dringend indiziert seien (Urk. 5/72/15). Weitere Ausführungen drängten sich entgegen der von Seiten der Beschwerdeführerin vertretenen Ansicht (Urk. 1 S. 9) zu ihrem Gewichtsproblem nicht auf (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_496 vom 19. September 2012 E. 2.2 zur invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz einer Adipositas). Der Vorwurf, Dr. Z.____ sei nur unzureichend auf die Problematik eingegangen, erweist sich damit als haltlos.

E. 6.7

Mit Bezug auf das Teilgutachten von Dr. B.____ wurde gerügt, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. B.____ eine wahrscheinlich seit 2005 bestehende Dysthymie diagnostiziert habe, nachdem von Dr. G.____ eine leichte depressive Episode seit 2007 diagnostiziert worden sei (Urk. 1 S. 9).

Dr. B.____ führte diesbezüglich aus, er habe während der aktuellen Untersuchung ein leichtgradig depressives Zustandsbild erhoben. Diese leichtgradigen depressiven Beschwerden bestünden aus seiner Sicht seit dem Jahr 2005 und erreichten kein Ausmass, das die Diagnose einer depressiven Episode zu recht fertigen vermöchte. Insbesondere die kaum vorhandenen kognitiven Defizite sprächen gegen das Vorliegen einer aktuellen

depressiven Episode (Urk. 5/72/47). Dr. G.____ habe eine leichte depressive Episode seit 2007 diag nostiziert. Da er bei der Untersuchung keine ausgeprägte depressive Symptomatik feststellen könne, gehe er von einem Status nach aktenanamnestischer leichter depressiver Episode (ICD-10: F32.0), bestehend 2006-2008, aus. Dieser Diagnose messe er aktuell keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die Tatsache, dass die Versicherte gegenwärtig weder medikamentös antidepressiv noch fachärztlich psychiatrisch behandelt werde, spreche aus seiner Sicht ebenfalls gegen das Vorliegen einer ausgeprägten depressiven Symptomatik (Urk. 5/72/48).

Auch die Angaben der Beschwerdeführerin, auf welche in der Beschwerdeschrift verwiesen wurde (Urk. 1 S. 11), flossen in die Beurteilung von Dr. B.____ mit ein. So hätten die Testergebnisse im BDI und im ADS-L den Eindruck einer depressiven Symptomatik bestätigt, seien aus der Sicht des Gutachters jedoch deutlich durch das Vermeidungsverhalten der Versicherten überlagert, kontrastierten die Testergebnisse doch erheblich mit den anamnestischen Angaben der Versicherten, vor allem aber mit dem klinischen Gesamteindruck (Urk. 5/72/47 f.). Diese Würdigung überzeugt und es spricht gerade für die Qualität des Gutachtens, dass die Angaben der zu begutachtenden Person nicht einfach unkritisch übernommen, sondern eigenständig Befunde erhoben wurden. Es wird daher zu Unrecht geltend gemacht, aus den Angaben der Beschwerdeführerin hätte geschlossen werden müssen, es liege mehr als eine Dysthymia beziehungsweise eine leichte depressive Episode vor (Urk. 1 S. 11).

E. 6.8

Mit Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten wurde überdies der Einwand erhoben, es sei sehr unprofessionell und gleichzeitig unangebracht, dass Dr. B.____ festgehalten habe, die Versicherte würde sich mehr für eine materielle Entschädigung (i.e. für eine Rente) als für einen beruflichen Wiedereinstieg einsetzen (Urk. 1 S. 10). Hierzu ist festzuhalten, dass Dr. B.____ lediglich schilderte, welcher Eindruck diesbezüglich bei ihm entstanden war. Insbesondere ist der Kontext zu berücksichtigen, in welchem Dr. B.____ die erwähnten Ausführungen machte. Er wollte – wie bei einer ordnungsgemässen Begutachtung üblich – die möglichen Ursachen für die subjektiv als invalidisierend erlebten Schmerzen aus psychiatrischer Sicht diskutieren. Dazu gehörte es auch, die Gründe für die gutachterlich festgestellte deutliche Selbstlimitierung der Versicherten zu erörtern, welche Dr. B.____ mit nachvollziehbarer Begründung unter anderem in einem sehr grossen sekundären Krankheitsgewinn ausmachte (Urk. 5/72/48 f.). Mangelnde Professionalität ist dem Gutachter angesichts des von ihm gewählten Vorgehens nicht vorzuwerfen. Es ist auch sonst nichts ersichtlich, was Dr. B.____ als Gutachter in Frage zu stellen vermöchte.

E. 6.9

Der im Beschwerdeverfahren neu eingereichte Bericht der Psychotherapeutin D.____ vom 18. Februar 2015 (Urk. 8/2) vermag die gutachterlichen Ausführungen von Dr. B.____ und Dr. Z.____ ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Daraus geht lediglich hervor, dass D.____ die Beschwerdeführerin vom 26. Mai 2008 bis zum 24. November 2011 wegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) behandelte. Aufgrund der Sprachbarriere habe sich die Versicherte nicht voll auf die Therapie einlassen können und sei nicht genügend zugänglich gewesen. Die Ziele, wie weniger Schmerzen, mehr Beweglichkeit, mehr Selbständigkeit, um die Familie zu entlasten, und die Reduktion des Übergewichts seien

leider nicht erreicht worden. Verschiedene Ressourcen und die nötige Motivation, etwas in ihrem Leben zu verändern, seien nicht genügend vorhanden gewesen. Auf Grund dieser Tatsachen sei die Prognose sehr schlecht. Die Erwartung der Versicherten, sie gesund zu machen sei sehr gross gewesen und habe nicht erfüllt werden können. Als sie eingesehen habe, dass alle Bemühungen nicht das Gewünschte brächten, habe sie die Therapie nach 55 Sitzungen beendet.

In seinem Teilgutachten hat Dr. B.____ bereits eingehend und nachvollziehbar dargelegt, weshalb zumindest zum Zeitpunkt der Begutachtung keine leichte depressive Episode zu diagnostizieren war (Urk. 5/72/65 f). Auch die im Raum stehende Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung hat Dr. B.____ geprüft und mit einer schlüssigen Begründung verneint (Urk. 5/72/48 und 5/72/50). Schliesslich musste D.____ selbst einräumen, dass die Behandlungsziele, darunter auch eine Gewichtsabnahme, massgeblich aufgrund von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten scheiterten. Von einer geeigneten Behandlung, deren Scheitern das Leiden der Beschwerdeführerin als therapieresistent erweisen könnte, kann vor diesem Hintergrund keine Rede sein.

E. 6.10

Als Zwischenergebnis ist somit festzuhalten, dass nichts vorgetragen wurde, was das Gutachten Dr. Z.____ und Dr. B.____ als nicht schlüssig erscheinen liesse oder sonst in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwas Derartiges aus den Akten ersichtlich. Vielmehr erfüllt das Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat.

E. 7

Mit dem Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. B.____ vom 30. November 2012 ist ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin seit Anfang 2009 lediglich noch an einer Dysthymie litt, die ihre Arbeitsfähigkeit geringfügig beeinträchtigte. Eine Dysthymie begründet grundsätzlich keinen Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes (vgl. anstatt Vieler das Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2016 vom 18. Juli 2016 E. 5 mit Hinweisen).

Der im Beschwerdeverfahren neu eingereichte Bericht von Dr. E.____ vom 15. Mai 2015 (Urk. 11) enthält keinerlei Anhaltspunkte für eine nach der Begutachtung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin. Demnach wurden bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung, d.h. zwischen dem 8. April 2013 und 10. Dezember 2014 (lediglich) sieben weitere Injektionen zur Behandlung akuter sehr starker Rückenschmerzen durchgeführt. Auch aus den weiteren Unterlagen ergeben sich keine Aspekte für eine nach der Begutachtung erfolgte Änderung des Gesundheitszustands. Unter diesen Umständen erweist es sich als korrekt, dass die Beschwerdegegnerin vor Erlass der angefochtenen Verfügung keine aktuelle Haushaltsabklärung in Auftrag gegeben hat, weshalb das Fehlen einer solchen zu Unrecht gerügt wurde (Urk. 1 S. 10).

Insbesondere ist nach dem Gesagten auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 23. Januar 2015 mangels eines Gesundheitsschadens mit invaliditätsrelevanter Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint und dementsprechend die Viertelsrente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 8

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerde der 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 zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Kristina Herenda - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 10 und 11 - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

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