

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01145 vom 14. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01145

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01145 du 14 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01145 del 14 novembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 26. August 2010 zu Recht wiedererwägungsweise aufgehoben und die Viertelsrente der Beschwerdeführerin

per Ende November 2015 eingestellt hat.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach

gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs.

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

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).

E. 1.5

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabebereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs.

E. 1.6

Ändert sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers oder 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 diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 1.7

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen 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 anzu geben, 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs.

E. 2.1.1

Im Rahmen der Rentenzusprache vom 26. August 2010 (Urk. 7/43) waren im Wesentlichen folgende ärztlichen Beurteilungen aktenkundig:

E. 2.1.2

Dr. med. D.____, Leiter Fusschirurgie der Orthopädischen Klinik des E.____, hielt im Bericht vom 13. November 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/9 /1): (1) eine chronische therapieresistente Achillodynie beidseits bei ausgeprägter degenerativer Insertionstendinopathie mit Verkalkungen und entzündlichen Veränderungen, persistierende Schmerzen/protrahiertem postoperativem Verlauf nach entlastender Calcaneusosteotomie und Achillessehnenentzündung rechts vom 15. Dezember 2008, bestehend seit ca. 2005 (2) eine depressive Entwicklung (3) ein chronisch

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Adipositas. Dr. D.____ erklärte, dass die Beschwerdeführerin in der

zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin /Zimmermädchen

seit dem 15. Dezember 2008 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei. Diese Tätigkeit werde ausschliesslich gehend/stehend ausgeübt mit chronischer Beanspruchung des Rückfusses. In ausschliesslich sitzender Position wäre zumindest eine partielle Arbeitsfähigkeit von 50 % respektive von drei bis vier Stunden denkbar (wobei hier evtl. das lumbospondylogene Syndrom limitierend sein könnte). Rein theoretisch wäre, allein aufgrund der Fussproblematik, für eine vorwiegend sitzende Tätigkeit zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 50 bis 100 %

gegeben (Urk. 7/9/2-3).

E. 2.1.3

Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und FMH Rheumatologie, hielt im Bericht vom 19. November 2009 (Urk. 7/8/1) – ausser der depressiven Entwicklung – im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie Dr. D.____ im Bericht vom 13. November 2009 (Urk. 7/9/1) fest, wobei er aber das festgestellte rezidivierende und wechselseitige lumbovertebrale Syndrom als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einstufte.

Dr. F.____ gab an, dass der Beschwerdeführerin Tätigkeiten im Stehen/Gehen gemäss Bericht des E.____ zurzeit noch immer nicht zumutbar seien. Für Tätigkeiten im Sitzen sollte sie uneingeschränkt einsetzbar sein (Urk. 7/8/2).

E. 2.1.4

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 4. Dezember 2009 als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende depressive Störungen bei emotional-instabiler Persönlichkeit mit histrionischen Zügen, bestehend mindestens seit 2006. Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er keine. Dr. G.____ erklärte, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Putzfrau vom 1. Januar 2009 bis auf Weiteres zu 30 bis 40 % arbeitsunfähig sei (aus psychiatrischen Gründen, ohne Berücksichtigung der orthopädischen Problematik; Urk. 7/10/2-3).

E. 2.1.5

Dr. Z.____ stellte im Bericht vom 12. Januar 2010 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/14/5): (1) eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23) (2) ein chronisches lumbospondylogenes und cervicocephales Schmerzsyndrom (3) ein protrahierter Verlauf bei chronischer Achillessehnenentzündung - Status nach transtendinösem

Achillessehnenentzündung - degenerative Insertionstendinopathie (4) eine Adipositas (5) eine rezidivierende Cephalgie ohne neurologische Ausfälle

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er keine. Dr. Z.____ erklärte, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin seit November 2008 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Angesichts der fehlenden objektiven Befunde wäre sie theoretisch arbeitsfähig. Sicherlich wäre eine nur reduzierte Arbeitsfähigkeit anzustreben (maximal 30 bis 40 %). Es bestehe

dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit im Ausmass von 50 % , maximal vier Stunden pro Tag . Rein sitzende Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin zumutbar. Rein stehende und wechselnde Tätigkeiten seien ihr zu 50 % zumutbar. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten, die vorwiegend im Gehen ausgeübt würden, Kauen und auf Leitern und Gerüsten stehen. Knien und Heben/Tragen seien der Beschwerdeführerin zu 50 % zumutbar . Das Auffassungsvermögen sei leicht, die Anpassungsfähigkeit mittelschwer und die Belastbarkeit schwer eingeschränkt (Urk. 7/14/6-8).

E. 2.1.6

Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) erklärte in der Stellungnahme vom 16. Februar 2010, dass hinsichtlich der Beurteilung der

Rest-Arbeitsfähigkeit auf den Bericht von Dr. Z.____ abgestellt werden könne. In der bisherigen Tätigkeit als Putzfrau sei analog Dr. Z.____ eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit ab Dezember 2008 ausgewiesen. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei analog Dr. Z.____ eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab November 2009 ausgewiesen. Das Belastungsprofil sehe wie folgt aus: eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Kauern, Steigen auf Leitern und Gerüste und ohne längeres Gehen in unebenem Gelände (Urk. 7/20/3).

E. 2.2.1

Anlässlich des vorliegenden Revisionsverfahrens äusserten sich die beteiligten Ärzte wie folgt:

E. 2.2.2

Dr. Z.____ stellte im Bericht vom 20. Januar 2014 (Eingangsdatum) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/58/6): (1) ein chronisches Schmerzsyndrom - Nacken-Schulter-Problematik (2) ein chronisches rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom - psychische Vorbelastung - Migrationsproblematik (3) eine chronische depressive Erkrankung - Remeron -Therapie - langjährige ambulante Psychotherapie - Angstsymptomatik (4) eine chronische Achillodynie beidseits bei schweren degenerativen Veränderungen - Dezember 2008: operative Revision mit Calcaneusosteotomie rechts - Juni 2009: Revision rechts

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (1) eine Adnexektomie links (März 2010) bei persistierenden Adnexzysten und (2) eine arterielle Hypertonie, bestehend seit vielen Jahren. Dr. Z.____ gab an, dass die Beschwerdeführerin insbesondere über starke Schmerzen im Nacken- Schulter- und Beckengürtelbereich sowie an beiden Fersen klagt. Seit 2009 sei ihr keine Tätigkeit zumutbar. Aufgrund ihrer psychischen Verfassung (leidend, passiv) werde es schwierig sein, eine auch nur prozentuale Arbeitsfähigkeit wieder zu erreichen. Die Schmerzen seien durch verschiedenste Analgetika nicht beeinflussbar. Der Gesundheitszustand sei stationär (Urk. 7/58/8- 11).

E. 2.2.3

Dr. C.____ und Dr. B.____

stellten im rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten vom 28. Juli 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/72/12): (1)

eine chronische Achillodynie rechts bei: - chronischer therapieresistenter Achillodynie beidseits mit ausgeprägter degenerativer Insertionstendinopathie - Status nach transtendinösem

Achillessehnenébridement, Augmentation mit Musculus

plantaris und zuklappender Calcaneusosteotomie

Rückfuss rechts am 15. Dezember 2008 bei - Schraubenentfernung des Calcaneus rechts am 8. Juni 2009 (2) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit: - Wirbelsäulenfehlform - möglicherweise degenerativen Veränderungen - Überbelastung durch Adipositas - muskulärer Insuffizienz Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten

Dr. C.____ und

Dr. B.____ (1) eine Adipositas, (2) eine arterielle Hypertonie und (3) anamnestisch gastrointestinale Beschwerden. Als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie sodann eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.01) fest. Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie keine. Dr. C.____ und Dr. B.____ erklärten, dass die Resultate (der im Rahmen der EFL durchgeführten) Belastbarkeitstests infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz für die Beurteilung nur teilweise verwertbar seien. Die von der Beschwerdeführerin zuletzt durchgeführte Tätigkeit als Zimmermädchen/im Bereich Reinigung sei gemäss Anamneseerhebung (die sich schwierig gestaltet habe) als leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu taxieren. Da diese Tätigkeit einen sehr hohen Anteil an Gehen und Stehen mit sich gebracht habe, sei die Beschwerdeführerin angesichts ihrer persistierenden, wenn auch unveränderten, aber glaubhaften Achillessehnenproblematik weiterhin als nicht arbeitsfähig zu erachten. Für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Kauern, Steigen auf Leitern, Gerüste und ohne längeres Gehen in unebenem Gelände bestehe unverändert eine 50%ige Arbeitsfähigkeit seit November 2009 (seit der Beurteilung von Dr. Z.____ am 12. Januar 2010). Für eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit gelegentlichen Stehpausen (Stehpausen wegen des Rückens) sei die Beschwerdeführerin aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht seit November 2009 bei einer Präsenzzeit von acht Stunden mit vermehrten Pausen von zwei Stunden, die zum Beispiel zur Hochlagerung oder im Liegen zur (Schmerz-)Entlastung der unteren Extremitäten durchgeführt werden könnten, als arbeitsfähig zu erachten (somit resultiere eine 75%ige Arbeitsfähigkeit seit November 2009). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 30 bis 40%ige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2009. Aus interdisziplinärer Sicht resultiere somit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit seit November 2009. Es handle sich im Wesentlichen um einen unveränderten (geringfügig gebesserten, da die Beschwerdeführerin stockfrei mobil sei) Gesundheitszustand bezugnehmend auf die Achillessehnenproblematik, die Nacken- und Lendenwirbelsäulen- (LWS-)Problematik. Hier dürfe darauf hingewiesen werden, dass im Bericht von Dr. Z.____ vom Januar 2010 hinsichtlich Präsenzzeit und allfälliger Leistungsminderung durch Bedarf an Pausen keinerlei Stellung genommen worden sei. Wie eine Arbeitsfähigkeit in Bezug auf eine sitzende Tätigkeit aussähe, sei damals nicht beurteilt worden (Urk. 7/72/13-15).

E. 3

.

E. 3.1

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerde-führerin, die zuletzt von April 2000 bis Dezember 2008 in einem teilzeitlichen Pensum von ca. 74 % im Bereich Reinigung bei der Stadt Y.____ gearbeitet hat (Urk. 7/7) und deren zwei von drei Kindern im Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. C.____ im Juni 2014 noch zu Hause bei ihr und ihrem Ehemann lebten (Urk. 7/72/33), in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) im Gesundheitsfall als zu 74 % im Erwerbs- und zu 26 % im Aufgaben- bzw. Haushaltbereich tätig eingestuft hat (vgl. E. 1.5). Diese Qualifikation wurde von der Beschwerdeführerin nicht in Zweifel gezogen (vgl. Urk. 1) und ist auch nicht zu beanstanden.

E. 3.2

Zu prüfen ist nun zunächst, ob die Verfügung vom 26. August 2010, mit welcher der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab dem 1. April 2010

eine Viertelsrente zugesprochen wurde (Urk. 7/43), von der Beschwerdegegnerin zu Recht in Wiedererwägung gezogen wurde.

E. 3.3

Die Verwaltung kann auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Zweifellose Unrichtigkeit im wiedererwägungsrechtlichen Sinn liegt etwa vor, wenn die Verfügung aufgrund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erlassen oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewendet wurden. Weiter kann eine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung auch bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung dient somit der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 8C_947/2010 vom 1. April 2011 E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen). Auch klar unzutreffende Annahmen, die für die Diagnosestellung von entscheidender Bedeutung sind, können in gleicher Weise wie das Fehlen einer nachvollziehbaren fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine Leistungszusprechung als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinn erscheinen lassen (Urteil des Bundesgerichts 9C_86/2013 vom 30. April 2013 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 3.4

Die Beschwerdegegnerin ging bei der Rentenzusprache vom 26. August 2010 davon aus, dass der Beschwerdeführerin (seit November 2009) eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Kauern, Steigen auf Leitern und Gerüste und ohne längeres Gehen in unebenem Gelände

zu 50 % zumutbar sei (Urk. 7/39/1). Dieser Einschätzung lag die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. H.____ vom 16. Februar 2010 zugrunde, worin dieser angab, dass hinsichtlich der Beurteilung der Rest-Arbeitsfähigkeit auf den Bericht von Dr. Z.____ vom 12. Januar 2010 abgestellt werden könne (Urk. 7/20/3). Dem Bericht des Allgemeinmediziners und behandelnden Arztes

Dr. Z.____ vom 12. Januar 2010 (Urk. 7/14/5-9)

ist zur Frage der Beschwerdegegnerin nach den konkreten Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin wegen der Adipositas, der somatoformen Schmerzstörung sowie der depressiven Entwicklung zu 100 % arbeitsunfähig sei. Zur Frage, in welchem zeitlichen Rahmen ihr die bisherige Tätigkeit zumutbar sei und ob dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, bemerkte Dr. Z.____, dass sie angesichts der fehlenden objektiver vierbaren Befunde theoretisch arbeitsfähig wäre. Sicherlich wäre eine nur reduzierte Arbeitsfähigkeit anzustreben (max. 30 bis 40 %), wobei eine verminderte

Leistungsfähigkeit im Ausmass von 50 % bestünde. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit

stellte Dr. Z.____ zwar

fest, dass rein stehende und wechselbelastende Tätigkeiten

zu 50 % zumutbar seien. Rein sitzende Tätigkeiten erachtete er als zumutbar. Die Frage, in welchem zeitlichen Rahmen eine rein sitzende Tätigkeit zumutbar sei, beantwortete er jedoch nicht. Dass RAD-Arzt Dr. H.____ vor diesem Hintergrund in der Stellungnahme vom 16. Februar 2010 (Urk. 7/20/3) zum Schluss kam, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei ab November 2009 analog Dr. Z.____ eine – lediglich – 50 % ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen, ist daher nicht nachvollziehbar. Dies gilt umso mehr, als dieser – wie die Beschwerdeführerin insoweit zu Recht bemerkte - bei seiner Beurteilung auch psychisch bedingte Einschränkungen berücksichtigt hat, wozu er als Facharzt für Allgemeinmedizin jedoch nicht berufen gewesen wäre.

Die Schlussfolgerung von RAD-Arzt Dr. H.____, wonach in einer behinderungsangepassten Tätigkeit – generell – eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, findet auch in den weiteren damals vorliegenden Arztberichten keine Stütze. Zwar erklärte

Dr. D.____ von der Orthopädischen Klinik des E.____ im Bericht vom 13. November 2009 (Urk. 7/9/1-5), dass in ausschliesslich sitzender Position zumindest eine partielle Arbeitsfähigkeit von 50 % respektive von drei bis vier Stunden denkbar sei (wobei hier evtl. das lumbospondylogene Syndrom limitierend sein könnte). Dr. D.____ hat jedoch nicht begründet, aufgrund welcher Befunde und Funktionseinschränkungen die Beschwerdeführerin damals selbst in einer sitzenden Tätigkeit zu 50 % eingeschränkt gewesen sein soll. Ferner waren seine Angaben insofern widersprüchlich, als er an anderer Stelle in seinem Bericht vom 13. November 2009 erklärte, dass er theoretisch, allein aufgrund der Fussproblematik – Dr. D.____ hat die Beschwerdeführerin ausschliesslich wegen ihrer chronischen Rückfusschmerzen betreut (Urk. 7/9/7) - , die damals im Rahmen der vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Vordergrund stand, für eine vorwiegend sitzende Tätigkeit zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 100 % bestehe.

Dr. F.____ wies im Bericht vom 19. November 2009

darauf hin, dass die Beschwerdeführerin für Tätigkeiten im Sitzen uneingeschränkt einsetzbar sein sollte (Urk. 7/8/2).

Psychiater Dr. G.____ nahm bei seiner im Bericht vom 4. Dezember 2009 (Urk. 7/10) gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung bei emotional-instabiler Persönlichkeit mit histrionischen Zügen nicht Bezug auf ein anerkanntes Klassifikationssystem und machte auch sonst keine Angaben zum aktuellen Schweregrad der Störung. Ausserdem äusserte – auch – er sich nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit.

E. 3.5

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht feststellte (Urk. 2 S. 2), wurde im Rahmen der Rentenzusprache vom 26. August 2010 die entscheidungserhebliche Frage, inwiefern sich die Fussproblematik der Beschwerdeführerin auf eine vorwiegend sitzende Tätigkeit auswirkte, somit nicht erörtert. Eine nachvollziehbare psychiatrische Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit lag

ebenfalls nicht vor .

Die von RAD-Arzt H.____ angenommene 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungs angepassten Tätigkeit konnte unter diesen Umständen nicht als ausgewiesen betrachtet werden. Vielmehr wären zur zuverlässigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in somatischer als auch psychischer Hinsicht weitere medizinische Abklärungen erforderlich gewesen. Der Sachverhalt war aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unvollständig abgeklärt, weshalb die Verfügung vom 26. August 2010 (Urk. 7/43), mit welcher der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab April 2010 eine Viertelsrente zugesprochen wurde, als zweifellos unrichtig im wie dererwägungsgerechten Sinne einzustufen ist.

E. 3.6

Da die Berichtigung der Verfügung vom 26. August 2010 (Urk. 7/43), mit der eine Rente bzw. eine periodische Leistung zugesprochen wurde, auch von erheblicher Bedeutung ist, war die Beschwerdegegnerin demnach befugt, wie dererwägungsweise darauf zurückzukommen (vgl. E. 1.6).

E. 4

(Urk. 7/71) im Wesentlichen aus, dass aufgrund der anamnestischen Angaben weder eine genetische Vulnerabilität noch Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen festzustellen seien. Die Kindheit der Beschwerdeführerin

sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen , womit sich keine Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung ergeben würden . Die Beschwerdeführerin habe 1986 geheiratet und drei gesunde Kinder zur Welt gebracht. 1995 sei sie mit ihren Kindern zum Ehemann in die Schweiz eingereist und habe ein Jahr später neben der Haushaltstätigkeit auch stundenweise als Raumpflegerin gearbeitet. Die Beschwerdeführerin sei damit im Erwachsenenalter den sozialen Anforderungen jahrelang ohne Probleme gewachsen gewesen. Ihr Verhaltensmuster in Bezug auf Kognitionen, Wahrnehmungen, Impulskontrolle und soziale Fertigkeiten habe auf keine Abweichungen ausserhalb der gesellschaftlichen Normen hin gewiesen , womit bei ihr prämorbid psychische Probleme mit Krankheitswert inkl. einer Persönlichkeitsstörung auch im Erwachsenenalter klar ausgeschlossen werden könnten. Die erste psychische Krise habe die Beschwerdeführerin im Juni 2007 im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion mit latenter Suizidalität nach einem Konflikt am Arbeitsplatz erlitten, die anamnestisch und aktenmässig zur Entwicklung einer Anpassungsstörung im Verlauf von 2007 geführt habe , weshalb sie vom 2. bis 6. Juni 2007 in der I.____ hospitalisiert gewesen sei.

Ausserdem habe sie am 6. Juni 2006 eine ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. G.____

aufgenommen. In seinem Bericht vom 4. Dezember 2009

habe

Dr. G.____ eine rezidivierende depressive Störung bei emotional instabiler Persönlichkeit mit histrionischen Zügen seit mindestens 2006 postuliert und der Beschwerdeführerin eine 30 - bis 40%ige Arbeitsunfähigkeit als Putzfrau seit dem 1. Januar 2009 attestiert . Aufgrund der anamnestischen Angaben sei es seit dem letzten psychiatrischen Bericht von Dr.

G.____

vom 4. Dezember 2009 vorwiegend zu einer Verschlechterung der Schmerzsymptomatik, aber auch des psychischen Zustandes gekommen, was jedoch objektiv aus psychiatrischer Sicht anlässlich der

Exploration vom 11. Juni 2014 nicht bestätigt werden könne. Die Beschwerdeführerin habe

anlässlich dieser Untersuchung objektiv leichte depressive Symptome im Sinne einer leichten Depressivität, leicht reduzierten Konzentrationsausdauer, leichter Antriebsstörungen und einer leicht verminderten Psychomotorik aufgewiesen. Die objektiven Testverfahren würden eben falls auf leichte Einschränkungen der psychokognitiven Funktionen hindeuten, wobei die Selbstbeurteilungs-Testverfahren eine deutliche Diskrepanz zu den objektiven Untersuchungs- und Testbefunden gezeigt hätten. Bei der Beschwerdeführerin könne allerdings seit Dezember 2009 von einer mehrheitlich leichten depressiven Symptomatik im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden, welche ihre Arbeitsfähigkeit um höchstens 30 % bis 40 % auf dem freien Wirtschaftsmarkt einschränke. Für Tätigkeiten im Haushalt bestehe bei der Beschwerdeführerin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für die verbleibende 60-70%ige Arbeitsfähigkeit seien Tätigkeiten mit sehr hohen Anforderungen an die Konzentrationsdauer und psychische Belastbarkeit sowie Nacharbeiten nicht geeignet (Urk. 7/71/11-12). Unter konsequenter Weiterführung der etablierten therapeutischen Massnahmen sei mit der Erhaltung einer 60 bis 70%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen, eine weitere Verbesserung sei aber nicht mehr zu erwarten (Urk. 7/71/12). 4.4.2

Zur Beurteilung von Dr. B.____ ist festzuhalten, dass sich im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen darf. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1; BGE 140 V 193 E. 3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_342/2015 vom 10. November 2015 E. 1.2). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verliert (vgl. statt vieler: zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 6.1 mit Hinweisen).

Wie eingangs dargelegt, sind nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts leichte bis mittelgradige depressive Störungen nur invalidisierend, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (vgl. E. 1.3). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 11. Juni 2014 (Urk. 7/70/2 und Urk. 7/71/1) hat sich die Beschwerdeführerin zwar dahingehend geäussert, dass sie immer noch (vgl. E. 2.1.4) bei Psychiater Dr. G.____ in Behandlung stehe und auch mit Medikamenten versorgt werde (Urk. 7/71/9). Im Fragebogen für Rentenrevision hatte die Beschwerdeführerin am 12. Juni 2013 zur Frage der Beschwerdegegnerin, bei wem sie in den letzten zwei Jahren in Behandlung gestanden habe, jedoch lediglich Hausarzt Dr. Z.____ (bezüglich Nacken-, Rücken- und Fusschmerzen) sowie „diverse Ärzte, E.____“ (Fachrichtung Therapie [Schwimmen], bezüglich Fuss-, Nacken- und Rückenschmerzen) angeführt (Urk. 7/47/2; vgl. Urk. 7/49-51

und Urk. 7/72/10-11). Zur aktuellen psychopharmakologischen Medikation gab die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung an, sie nehme seit einem Monat Mirtazapin 30mg (davor Remeron, abgesetzt wegen Gewichtszunahme) ein. Darunter schlafe sie gut, nehme daneben aber auch noch Zaldiar, was sie zusätzlich beruhige (Urk. 7/71/9). Gegenüber Gutachterin Dr. C.____ (Untersuchung vom 23./24. Juni 2014) äusserte sie, sie nehme – nebst Tramal Paracetamol – Remeron ein, die Dosis kenne sie nicht (Urk. 7/72/8). Im Weiteren ist den Akten zu entnehmen, dass sie vom 2. bis 7. Juni 2007 nach einer akuten Belastungsreaktion mit latenter Suizidalität in der I.____ hospitalisiert war (Urk. 7/14/16 und Urk. 7/71/11). Abgesehen davon hat sie sich gemäss Aktenlage aber keiner (teil-) stationären, depressionsspezifischen Behandlung unterzogen. Unter diesen Umständen kann nicht von einer optimalen und nachhaltigen Ausschöpfung der zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten und damit auch nicht von einer im Sinne überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellten invalidenversicherungsrechtlich relevanten Therapieresistenz gesprochen werden. Dass laut Gutachter Dr. B.____ auch bei konsequenter Weiterführung der etablierten therapeutischen Massnahmen nicht mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu rechnen ist, ändert daran nichts. Damit ist nämlich nicht gesagt, dass eine Intensivierung der Depressionsbehandlung nicht angezeigt sei resp. nicht zielführend sein könnte. Für eine dahingehende Annahme besteht schon deshalb kein Anlass, weil die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben unter der Einnahme von Mirtazapin 30mg gut schlafen kann, mithin dieses – nicht in besonders hoher Dosis verabreichte – Antidepressivum durchaus eine positive Wirkung zeitigt, ebenso offenbar auch das von ihr überdies eingenommene Tramal Paracetamol resp. Zaldiar.

Da die gutachterlich diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom, (noch) nicht als therapieresistent ausgewiesen ist, ist sie – mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 4) – aus rechtlicher Sicht nicht als invalidisierend zu betrachten. 4.4.3

Anzumerken bleibt, dass laut Dr. B.____ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin um „höchstens“ 30 bis 40 % eingeschränkt ist und im A.____ -Gutachten vom 28. Juli 2014 aus interdisziplinärer Sicht für eine angepasste Tätigkeit letztlich auf 70 % festgelegt wurde (Urk. 7/71/14; vgl. dazu E. 5.3).

E. 4.1

Sind die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung erfüllt, müssen die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro geprüft werden. Wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad zu ermitteln (Urteile des Bundesgerichts 9C_837/2010 vom 30. August 2011 E. 3.1 und 9C_960/2008 vom 6. März 2009 E. 1.2 mit Hinweisen).

Dabei hat eine freie Beurteilung der Rentenanspruchsvoraussetzungen nach den Verhältnissen im Zeitraum bis zum Erlass der die Rente ex nunc et pro futuro aufhebenden Wiedererwägungsverfügung vom 30. September 2015 zu erfolgen (Urteil des Bundesgerichts 9C_208/2016 vom 17. Juni 2016 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 4.2

Das interdisziplinäre Gutachten des A.____ vom 4./28. Juli 2014 beruht auf den erforderlichen allseitigen fachärztlichen Untersuchungen (rheumatologisch [Dr. C.____] und psychiatrisch [Dr. B.____]) sowie einer EFL und wurde in Kenntnis der und

Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt. Das Gutachten erfüllt demnach grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.7).

E. 5

Die angefochtene Verfügung vom 30. September 2015 (Urk. 2), mit welcher die Beschwerdeführerin die Verfügung vom 26. August 2010

(Urk. 7/43) wiedererwägungsweise aufgehoben und die Viertelsrente der Beschwerdeführerin per Ende November 2015 eingestellt hat, erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

E. 5.2

Der von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Invaliditätsbemessung vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 2 S. 3), der für das Jahr 2015

im Erwerbsbereich einen Invaliditätsgrad von 0 % ergab, wurde von

der Beschwerdeführerin nicht in Zweifel gezogen (vgl. Urk. 1). Für eine nähere Prüfung von Amtes wegen besteht kein Anlass (BGE 125 V 413 E. 1b und 2c).

E. 5.3

Im Weiteren ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin auf eine neuerliche Haushaltabklärung zur Ermittlung einer allfälligen gesundheitsbedingten Leistungsleistung der Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich verzichtet hat. Aufgrund der gutachterlichen Feststellungen kann nämlich ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass im Haushalt keine höhere Einschränkung besteht als im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahr 2010. Damals war die Beschwerdeführerin gestützt auf den Abklärungsbericht vom 30. April 2010 (Urk. 7/17) davon ausgegangen, dass im Haushaltbereich (Anteil 26 %) eine Einschränkung von 31,8 % vorliege (Urk. 7/17), was einen Invaliditätsgrad von 8 % ($0,26 \times 31,8 \%$) ergab (Urk. 7/39/2). Das Vorliegen eines rentenbegründenden Gesamtinvaliditätsgrades (vgl. E. 1.4-5) von mindestens 40 % kann demnach – mit der Beschwerdeführerin – jedenfalls verneint werden. Daran würde sich auch nichts ändern, wenn auf die im A. ___-Gutachten aus interdisziplinärer Sicht vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit mit 70 % (vgl. E. 4.4.3) abgestellt würde.

E. 5.4

Schliesslich ist mit der Beschwerdeführerin (Urk. 2 S. 3) davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin aufgrund ihres Alters (52 ½ Jahre im Verfügungszeitpunkt) sowie der Rentenbezugsdauer (fünfeinhalb Jahre im Verfügungszeitpunkt) möglich und zumutbar ist, sich selbst einzugliedern. Die Beschwerdeführerin machte denn auch nicht geltend, dass vor der Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen hätten geprüft werden müssen.

E. 6

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Kreyenbühl

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