

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00131 vom 12. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00131](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00131)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00131 du 12 novembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00131 del 12 novembre 2010

## Erwägungen

### E. 2

2.1. 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. 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V

352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

2.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 prägend 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 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

### E. 3

3.1 X. war vom 26. März bis 29. April 2003 zur integrierten interdisziplinären Behandlung in der Klinik F. hospitalisiert, wobei mit Austrittsbericht vom 29. April 2003 die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt worden ist. Es sei der Patientin bei Wiederaufnahme einer Arbeit keine Vollzeitanzstellung zu empfehlen, sondern eine den finanziellen und körperlichen Möglichkeiten angepasste Tätigkeit (Urk. 7/11/9).

3.2 Dr. med. G., Facharzt FMH Praktischer Arzt und seit 3. Juli 2003 Hausarzt der Versicherten, erhob mit Bericht vom 3. Juni 2006 an die IV-Stelle die arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen eines generalisierten Schmerzsyndroms bei/ mit leichten Diskopathien L4/L5 und L5/S1, segmentaler Instabilität mit Anterolisthesis LWK 4, chronischem zervikalem Schmerzsyndrom, somatoformer Schmerzstörung und Schlafstörung mit restless legs-ähnlichen Beschwerden und einer depressiven Entwicklung (Urk. 7/11/5). Die Versicherte sei in ihrer bisherigen Tätigkeit nicht mehr erwerbsfähig, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wäre ihr ein Pensum von etwa 15 Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 7/11/4). Die somatoforme Schmerzstörung mit zunehmender Depressivität und Schmerzverarbeitungsstörung stehe im

Vordergrund. Diese Beschwerden liessen sich trotz intensiver Bemühungen nicht behandeln und blieben persistierend, sodass von einer schlechten Prognose ausgegangen werden sollte. Es bestehe eine chronische, langdauernde Schmerzsituation, Arbeitsverlust, Entwicklung einer Depression mit diversen, therapieresistenten Symptomen, Zukunftsangst sowie sekundärer Krankheitsgewinn, welche eine Reintegration in den Arbeitsprozess verunmöglichen würden. Er schätze die Patientin in der freien Wirtschaft etwa 60 % arbeitsunfähig, als Hausfrau sei sie wahrscheinlich nicht eingeschränkt (Urk. 7/11/7).

3.3.3.3. Im Rahmen der Begutachtung durch das Z.\_\_\_\_ wurde die Versicherte am 19. September 2007 internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht. Die Fachärzte (Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin; Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie; Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) erhoben als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit/bei segmentaler Instabilität LWK4/5 (im Sinne einer Anterolisthesis) und intermittierender pseudoradikulärer Ausstrahlung beidseits. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie ein chronisches funktionelles Cervicalsyndrom (mit/bei muskulärer Dysbalance, intermittierender Blockierungssymptomatik, intermittierender cervicobrachialgiformer Schmerzkomponente ohne somatisches Korrelat), ein funktionelles intermittierendes Femoropatellarsyndrom (ohne degenerative radiologische Veränderungen und mit anlagebedingter Genua valga-Stellung beidseits) und eine Dysthymia (ICD-10 F34.1; Urk. 7/20/25).

3.3.3.4. Aus rheumatologischer Sicht bestehe als Pflegehelferin wegen der eingeschränkten Belastbarkeit des Achsenorgans seit Ende 2004 keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. In einer angepassten Tätigkeit mit leichter körperlicher Arbeit in Wechseltätigkeit ohne repetitive Wirbelsäulenzwangshaltungen sei die Versicherte zu 100 % arbeitsfähig. Aufgrund der durch Schlafstörungen bedingten raschen Ermüdbarkeit und Stressanfälligkeit sollte aus psychiatrischer Sicht die Tätigkeit in ruhiger Atmosphäre, mit flexibler Zeitgestaltung und der Möglichkeit zu betriebsunüblichen Pausen stattfinden und möglichst ohne hohen Zeitdruck ablaufen. In behinderungsangepassten Tätigkeiten habe nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 7/20/30).

3.4. Mit Bericht vom 20. März 2008, der auf zwei Vorgesprächen vom 13. und 19. März 2008 beruht, erhoben die verantwortlichen Ärzte des Medizinischen Zentrums C.\_\_\_\_ (alle psychiatrischer oder psychologischer Fachrichtung) die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), eines Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und von Schmerzen der Lendenwirbelsäule (LWS; Urk. 7/30/1). Unter anderem berichteten die Ärzte von deutlichen Schlafstörungen, Schweissausbrüchen, Angstträumen, deutlicher Depression mit Lust- und Interessenlosigkeit, über Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Sinnloskeitsgedanken und Gedankenkreisen, von einer deutlich depressiv-resignierten Stimmungslage, von einer kognitiven Verlangsamung in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis und von - in anamnestischer Hinsicht - deutlichen Suizidgedanken und -wünschen. Die Patientin könne etwa 60 min gehen, 30 min sitzen, zwischendurch immer wieder liegen, kochen, leichte Waren einkaufen. Sie könne nicht mehr staubsaugen, waschen, bädern, etwas Schweres heben, verträge keinen Stress und keinen Publikumsverkehr. Aufgrund dieses Leistungsbildes sei sie zu 100 % arbeitsunfähig, auch in angepasster Tätigkeit

(Urk. 7/30/2).

Im Bericht vom 5. August 2008 über die vom 15. April bis 11. Juni 2008 dauernde Rehabilitationsbehandlung der Versicherten in der Tagesklinik des Medizinischen Zentrums C. \_\_\_ erhoben die verantwortlichen Ärzte dieselben Diagnosen wie am 20. März 2008 (Urk. 7/43/1). Sowohl die Paranoid-Depressivitäts-Skala wie auch der Test zur Erfassung der Schwere einer Depression würden auf eine deutliche Verstärkung der Depression hinweisen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entspricht wiederum jener des Berichts vom 20. März 2008. Die Patientin sei beim Austritt zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Depression habe deutlich reduziert werden können (Urk. 7/43/4).

Dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten der Dres. A. \_\_\_/B. \_\_\_ vom 26. August 2008, dem die Untersuchung vom 22. Juli 2008 zu Grunde liegt, sind die seit 2003 bestehenden Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) zu entnehmen (Urk. 7/45/10). Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei gegeben, jedoch sei objektiv ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz nicht erkennbar und es bleibe unklar, inwieweit die emotionalen Konflikte oder psychosozialen Belastungen tatsächlich ausreichend schwerwiegend seien und als entscheidende ursächliche Faktoren gelten könnten. Die Störung sei maximal leicht ausgeprägt, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe dadurch nicht (Urk. 7/45/13). Auch die Dysthymia - alleine und in Kombination mit der somatoformen Schmerzstörung - führe zu keiner Minderung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/45/15).

Die verantwortlichen Ärzte des Medizinischen Zentrums C. \_\_\_ nahmen am 18. November 2008 Stellung zum Gutachten der Dres. A. \_\_\_/B. \_\_\_ und hielten fest, die Patientin sei seit 1. August 2004 zu 100 % erwerbsunfähig und sogar im Haushalt zu 50 % eingeschränkt (Urk. 7/51).

Am 14. Mai 2009 beauftragte Dr. med. E. \_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom D. \_\_\_ am Gutachten der Dres. A. \_\_\_/B. \_\_\_ zusammenfassend was folgt: Die Anamnese sei unvollständig. Es würden sowohl eine übersichtliche chronologische Schilderung der Krankheitsentwicklung anhand der Akten wie auch eine detaillierte Schmerzanamnese fehlen. Auch ein Überblick über die somatischen Begleiterkrankungen fehle. Die psychopathologische Befunderhebung sei unvollständig. Die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchung würden auf eine schwere psychopathologische Belastung hinweisen, die im Befund nicht erwähnt werde. Die testpsychologischen Instrumente seien nachlässig dargestellt und die Ergebnisse teilweise nicht nachvollziehbar interpretiert. Es fehle ferner eine umfassende Diskussion der ärztlichen Vordiagnosen und der bisherigen Behandlungsmassnahmen. Aufgrund der Mängel in Anamnese und Befunderhebung seien die psychiatrischen Diagnosen und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig nachvollziehbar. Die aufgeführten Begründungen zur Beurteilung der Zumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung seien unvollständig und ebenfalls nicht schlüssig nachvollziehbar (Urk. 10 S. 8f.).

#### **E. 4**

4.1 Es ist unbestritten und aufgrund der Akten erstellt, dass der Versicherten ihre angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin nicht mehr zumutbar ist. Daneben sind sich die

Parteien - insbesondere gestützt auf das Gutachten des Z. \_\_\_ vom 7. Januar 2008 - einig, dass ihr aus rheumatologischer Sicht eine angepasste Tätigkeit im Sinne einer leichten körperlichen Arbeit in Wechseltätigkeit ohne repetitive Wirbelsäulenzwangshaltungen grundsätzlich zu 100 % zumutbar ist. Uneinigkeit herrscht hingegen insbesondere bezüglich der psychiatrischen Diagnosen und der aus ihnen resultierenden Arbeits(un)fähigkeit: Die IV-Stelle geht gestützt auf das Gutachten der Dres.

A. \_\_\_/B. \_\_\_ von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Dysthymia aus, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten und lediglich zur Empfehlung führten, es sei eine Tätigkeit in ruhiger Atmosphäre mit flexibler Arbeitszeitgestaltung, der Möglichkeit zu betriebsunüblichen Pausen und möglichst ohne Zeitdruck auszuüben. Die Versicherte ist insbesondere gestützt auf die Berichte des Medizinischen Zentrums C. \_\_\_ der Ansicht, dass eine mittelgradige depressive Episode zu diagnostizieren sei und eine allfällige Einschränkung aus psychiatrischer Sicht nicht gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten des Z. \_\_\_ oder das Gutachten der Dres.

A. \_\_\_/B. \_\_\_ bestimmt werden können. In diesem Zusammenhang ist vorerst zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten eine diesbezügliche Beurteilung gestatten.

4.2 Nach Würdigung der zitierten Arztberichte kann in psychiatrischer Hinsicht auf keines der bei den Akten liegenden Gutachten abgestellt werden. Dass das psychiatrische Teilgutachten des Z. \_\_\_ vom 7. Januar 2008 bezüglich Diagnose und Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht massgebend sein kann, ergibt sich bereits daraus, dass beide Parteien angesichts der im Bericht des Medizinischen Zentrums C. \_\_\_ vom 20. März 2008 (Urk. 7/30) erhobenen Befunde eine neuerliche psychiatrische Begutachtung als notwendig erachteten, mit der dann Dr. A. \_\_\_ betraut wurde. Auf dessen Gutachten vom 26. August 2008 kann jedoch ebenfalls nicht abgestellt werden. Denn bezüglich der Diagnosestellung und der medizinischen Schlussfolgerungen erfüllt es die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage nicht (vgl. oben Erw. 2.3).

So ist bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, der laut Dr. A. \_\_\_ im Vordergrund stehenden psychiatrischen Diagnose, definitionsgemäss die vorherrschende Beschwerde ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 6. Aufl., F45.4, S. 207). Lang anhaltende psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren sind somit unabdingbar für die Diagnoseerhebung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Da im Gutachten der Dres. A. \_\_\_/B. \_\_\_ explizit erklärt wird, es bestehe zwar eine somatoforme Schmerzstörung, es sei jedoch nicht klar, inwieweit die emotionalen Konflikte oder psychosozialen Belastungen tatsächlich ausreichend schwerwiegend seien und als entscheidende ursächliche Faktoren gelten könnten, ist das Gutachten in dieser Hinsicht nicht nachvollziehbar und widersprüchlich. Soweit die Dres. A. \_\_\_/B. \_\_\_ ihrerseits die vom Medizinischen Zentrum C. \_\_\_ erhobene Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode als nicht nachvollziehbar bezeichnen, weil während der Untersuchung keine depressive Symptomatik habe objektiviert werden können und die Bedingungen für die Diagnose einer depressiven Episode formal nicht erfüllt seien, so lassen sie eine

Begründung dafür, wieso eine stärkere depressive Einschränkung als die von ihnen diagnostizierte Dysthymie für den gesamten zu beurteilenden Zeitraum (16. Oktober 2004 bis 13. Januar 2009) ausgeschlossen sein soll, vermissen. Ferner wird nicht nachvollziehbar begründet, weshalb zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, und es fehlt diesbezüglich eine detaillierte Auseinandersetzung mit den zahlreichen anderslautenden, oben in Erw. 4.1 - 3.4 auszugsweise zitierten Arztberichten, insbesondere mit jenen, die auf bei längeren stationären Aufenthalten möglich gewesen intensiven Beobachtungen der Beschwerdeführerin beruhen.

Da somit bereits aus diesen Gründen nicht auf das Gutachten der Dres. A.\_\_\_\_/ B.\_\_\_\_ abgestellt werden kann, können die von den Parteien aufgeworfenen respektive abweichend beantworteten Fragen nach der Anwesenheit Dr. A.\_\_\_\_s während der psychiatrischen Untersuchung, nach der effektiven Dauer der psychiatrischen Untersuchung und der Korrektheit der durch die Dres. A.\_\_\_\_/B.\_\_\_\_ vorgenommenen Testauswertung offen bleiben.

Bezüglich des von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten Parteigutachtens von Dr. E.\_\_\_\_ des D.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2009 ist zu berücksichtigen, dass diese psychiatrische Fachärztin die Beschwerdeführerin selber nicht untersucht und lediglich das Gutachten der Dres. A.\_\_\_\_/B.\_\_\_\_ beurteilt beziehungsweise sie sich zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin selbst nicht weiter geäußert hat, womit bezüglich der relevanten Aspekte der psychiatrischen Diagnosen und einer daraus resultierenden Arbeits(un)fähigkeit von vornherein nicht auf dieses Gutachten abgestellt werden kann.

Ferner vermögen auch die Berichte des Medizinischen Zentrums C.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen. Die Bericht erstattenden und Stellung nehmenden Ärzte/Psychologen dieses Zentrums sind alle psychiatrischer Fachrichtung. Sie begründen jedoch die ihrer Ansicht nach 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin mit einem negativen/positiven Leistungsbild, das insbesondere auf den somatischen Beschwerden der Versicherten basiert. Auch ist der nach mehrwöchiger Behandlung der Versicherten erhobene Bericht vom 5. August 2008 in sich widersprüchlich. Einerseits wird mit diesem Bericht die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode erhoben, die der Diagnose im auf zwei Vorgesprächen beruhenden Bericht vom 20. März 2008 entspricht, andererseits wird auf eine deutliche Verstärkung der Depression hingewiesen und gleichzeitig ausgeführt, die Depression habe deutlich reduziert werden können.

4.3 Nach dem Gesagten drängt sich eine ergänzende medizinische Abklärung auf, da die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus psychiatrischer Sicht aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann. Ein psychiatrisches Gutachten, das sich detailliert und umfassend mit den bei den Akten liegenden übrigen psychiatrischen Berichten und Gutachten und insbesondere den Diagnosen und daraus abgeleiteten Arbeitsunfähigkeiten auseinandersetzt und sich allenfalls zur Wechselwirkung zwischen den somatisch bedingten und allfälligen psychisch bedingten Einschränkungen ausspricht, erweist sich demnach als unabdingbar. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Angelegenheit zur Vornahme von ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG, in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 13. Januar 2009 aufgehoben und die Angelegenheit an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

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. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Fleisch
- 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).

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