

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00131 vom 23. Mai 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00131

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00131 du 23 mai 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00131 del 23 maggio 2013

Erwägungen

E. 1

1.1 X., geboren 1954, verheiratet und Mutter dreier erwachsener Töchter (Jahrgang 1981, 1989 und 1990), absolvierte eine Berufslehre als Coiffeuse (Urk. 7/2 Ziff. 3 und Ziff. 6.2) und ging hernach verschiedenen Erwerbstätigkeiten nach (Urk. 7/6, Urk. 7/39). Von Oktober 2001 bis zur einvernehmlichen Beendigung des Arbeitsverhältnisses per 7. März 2003 auf Wunsch der Versicherten arbeitete sie bei der Y. AG als Shopmitarbeiterin (Urk. 7/15). Danach bezog sie zeitweise Taggelder der Arbeitslosenversicherung (Urk. 7/5/1, Urk. 7/39/8). Am 14. April 2005 meldete sie sich unter Hinweis auf Weichteilrheumatismus, Rückenbeschwerden und Tennisellbogen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2 Ziff. 7.2 und 7.8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte verschiedene Arztberichte (Urk. 7/7-9, Urk. 7/16), einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/15) sowie einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/6) ein und veranlasste ein Gutachten bei Dr. med. Z., M.-Klinik (Urk. 7/20). Mit Verfügung vom 12. Januar 2006 (Urk. 7/23) verneinte die IV-Stelle den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente. Auf die dagegen erhobene Einsprache der Versicherten (Urk. 7/24) trat die IV-Stelle mit Entscheidung vom 26. April 2006 (Urk. 7/28) nicht ein. Ende November 2007 nahm die Versicherte ihre Erwerbstätigkeit wieder auf und arbeitete als Reinigungsangestellte bei der L. in Teilzeit sowie ab 2008 bei der A.. Per Ende August 2010 wurde ihr sowohl vom L. als auch von der A. aus gesundheitlichen Gründen gekündigt (Urk. 7/38 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.2, Urk. 7/46 Ziff. 2.1 und 2.2).

Am 22. September 2010 erlitt die Beschwerdeführerin während eines Spaziergangs mit ihrem Hund einen Unfall, als sich dieser von der Leine losriss und ihr ins Bein rannte (Unfallmeldung vom 24. September 2010, Urk. 7/37/1 Ziff. 6). Dabei zog sie sich eine Knieverletzung zu (Ziff. 9). Am 5. Oktober 2010 wurde eine Knieverletzung links mit retropatellarem Knorpelshaving durchgeführt (Urk. 7/45/5-7). Als Operationsdiagnose nannte Dr. B., Facharzt Chirurgie, G.-Spital, eine Gonarthrose links (Urk. 7/45/8-9).

1.2 Am 6. September 2010 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf Schmerzen erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/31). Die IV-Stelle holte Arztberichte (Urk. 7/36, Urk. 7/41, Urk. 7/45, Urk. 7/47), zwei Arbeitgeberberichte (Urk. 7/38, Urk. 7/46/1-7) und einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/39) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/60-77) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Januar 2011 ([richtig 2012] Urk. 2) einen Rentenanspruch der Versicherten.

2. Am 1. Februar 2012 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. Januar 2011 ([richtig 2012] Urk. 2) und beantragte, es sei die IV-Verfügung vom 12. Januar 2012 aufzuheben, und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, sie rheumatologisch und psychiatrisch zu begutachten. Gestützt auf das von der IV einzuholende psychiatrische/rheumatologische Gutachten sei der Anspruch auf eine Invalidenrente neu zu beurteilen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin sowie unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung (Urk. 1 S. 2 unten).

Mit Beschwerdeantwort vom 12. März 2011 (Urk. 6) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 2. Mai 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15).

Auf die Ausführungen der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

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

E. 1.2

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. 1.3

1.3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst

genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.3.2.2 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 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. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

2.2.2.2 Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.4.2.2 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 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.5.2.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2.2.2.2

2.1.2.2 Die Fachpersonen des H.____-Spitals stellten nach Durchführung einer neurologischen, rheumatologischen, psychiatrischen und anästhesiologischen Untersuchung mit Bericht vom 11. August 2010 folgende Diagnosen (Urk. 7/41/7-13 S. 5):

- Chronische Schmerzkrankheit mit somatischen und psychischen Faktoren
- chronisches myofasiales panvertebrales Schmerzsyndrom, betont zervikospondyloiden beidseits
- Erstmanifestation (EM) 70er-Jahre, Chronifizierung 90er-Jahre

- zusätzlich Epicondylopathia humeri radialis < ulnaris beidseits
- Haltungsinsuffizienz, muskuläre Dekonditionierung
- Periarthropathia genu beidseits (EM zirka 1998)
- Migräne ohne Aura (ICHD-II 1.1)
- Atypische Depression (ICD-10 F32.8)
- Atrioventrikulärer (AV-) Block III°
- Status nach Radiofrequenzablation 1996 bei AV-Knoten Reentry Tachykardie (AVNRT) mit nachfolgendem AV-Block III°
- Status nach Schrittmacherrevision 06/2009 bei Batterieerschöpfung
- Faszitis plantaris und Fersensporn rechts (EM 02/2010)
- Computertomographie rechter Fuss vom 15. Juli 2010 des G.____-Spitals
- Adipositas
- Low-dose-Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F 13.8) und Nikotinabusus (ICD-10 F17.2)
- Nikotin-Abhängigkeitssyndrom
- Chronischer Tinnitus

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung hielten die Fachärzte des H.____-Spitals aus psychiatrischer Sicht fest, dass es anhand einer einmaligen Konsultation und aufgrund des besonderen Kommunikationsstils der Beschwerdeführerin sowie ihrer komplexen Krankheits- und Lebensgeschichte äußerst schwierig sei, eine eindeutige psychiatrische Diagnose nach den ICD-10-Leitlinien zu stellen, obwohl gewisse Hinweise für eine atypische Depression (ICD-10 F32.8) vorlägen. Es bestehe die Vermutung, dass das chronische Schmerzsyndrom durch psychische und psychosoziale Belastungsfaktoren mitverursacht und unterhalten werde, wobei sich die Beschwerdeführerin beim Gespräch bezüglich der Evaluation dieser Belastungsfaktoren etwas zurückhaltend gezeigt habe (S. 5 unten).

Als Prozedere schlugen die Fachärzte des H.____-Spitals unter anderem die Teilnahme an einem ambulanten Schmerzprogramm vor. Dort bestehe die Möglichkeit einer eingehenderen psychiatrisch-psychologischen Diagnostik und entsprechender Therapiemaßnahmen hinsichtlich des Schmerzsyndroms (S. 6 Ziff. 1).

Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, behandelnder Hausarzt der Beschwerdeführerin seit August 2004, attestierte mit Bericht vom 22. September respektive 29. September 2010 (Urk. 7/36/3-8) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 27. Mai 2005 bis zum 11. Juni 2010 für die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin (Ziff. 1.6) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.6):

- Chronische Schmerzkrankheit mit somatischen und psychischen Faktoren
- chronisches myofasiales panvertebrales Schmerzsyndrom, betont zervikospondylogen beidseits

- Erstmanifestation (EM) 70er-Jahre, Chronifizierung 90er-Jahre
- zusätzlich Epicondylopathia humeri radialis < ulnaris beidseits
- Haltungsinsuffizienz, muskuläre Dekonditionierung
- Periarthropathia genu beidseits (erstmalig zirka 1998)
- Migräne ohne Aura (ICHD-II 1.1)
- Atypische Depression (ICD-10 F32.8)
- Fasziiitis plantaris und Fersensporn rechts (EM 02/2010)
- Computertomographie rechter Fuss vom 15. Juli 2010 des Stadtsitals G.____

Dr. C.____ hielt in seinem Bericht fest (Ziff. 1.4), realistischere Weise sei bei einer chronifizierten Schmerzerkrankung nicht mit einer Beschwerdebesserung zu rechnen, weshalb die Prognose ungünstig sei. Die plantaren Fersenschmerzen im Rahmen einer plantaren Fasziiitis würden die Arbeitsfähigkeit derzeit am meisten einschränken. Zum aktuellen Zeitpunkt könnten faktisch keine Tätigkeiten ausgeübt werden, die mit längerem Stehen oder Gehen verbunden seien (Ziff. 1.7).

Der die Beschwerdeführerin seit 1996 behandelnde Hausarzt Dr. med. D.____, Allgemeine innere Medizin, attestierte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Raumpflegerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6) und nannte mit Bericht vom 17. Februar 2011 (Urk. 7/45/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- Chronische Schmerzkrankheit
- depressive Entwicklung, chronische psychosoziale Belastungssituation
- Differentialdiagnose (DD): Fibromyalgie
- chronisches myofasiales panvertebrales Schmerzsyndrom, betont zervikospondylogen beidseits
- Erstdiagnose 70er-Jahre, Chronifizierung 90er-Jahre
- Haltungsinsuffizienz, muskuläre Dekonditionierung
- Migräne ohne Aura (ICHD-II 1.1)
- Gonarthrose links
- Status nach Arthroskopie und Knorpelshaving Oktober 2010 bei Chondromalazie II
- Fasziiitis plantaris
- Low-dose-Benzodiazepin-Abhängigkeitsyndrom
- chronischer Tinnitus seit 1999

Dr. D.____ führte aus, eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin sei aufgrund der chronischen Schmerzerkrankung nicht denkbar (Ziff. 1.7 und Ziff. 1.9). Die Arbeitsunfähigkeit sei insbesondere durch den plantaren Fersenschmerz im Rahmen einer Fasziiitis plantaris beidseits sowie Knieschmerzen (ab September 2010) links nach Knieinstabilität begründet (Ziff. 1.7). Aktuell befindet sich die Beschwerdeführerin in einem Schmerzprogramm und es sei zu

hoffen, dass nach intensiver Schmerztherapie die Arbeitsfähigkeit wiedererlangt respektive erhöht werden können. Zum jetzigen Zeitpunkt sei dies nicht möglich (Ziff. 1.11).

2.4 Die Fachpersonen des E.____-Zentrums, welche die Beschwerdeführerin während ihres tagesklinischen Rehabilitationsaufenthaltes vom 10. Januar bis 10. März 2011 (Ziff. 1.5) behandelten und seither einzelpsycho- sowie gruppentherapeutisch begleiteten, diagnostizierten mit Bericht vom 22. März 2011 (Urk. 7/47/5-8 Ziff. 1.1) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Störung durch Medikamente (ICD-10 F 13.2), einen Status nach Suizidversuch im Jahr 2000 (X61), eine Fasziiitis plantaris, eine Periarthropathia genu beidseits, eine Epicondylopathia humeri radialis < ulnaris beidseits, eine Gonarthrose im linken Knie mit/bei Status nach Kniedistorsion am 22. September 2010, einen Status nach Arthroskopie am 5. Oktober 2010, eine Chondromalazie tief zweitgradig retropatellar sowie lokalisiert zentral femorales Gleitlager und eine Chondromalazie zweiten Grades mediales Kompartiment tibial und femoral (Spital G.____ vom 5. Oktober 2010) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6).

Die Fachpersonen des E.____-Zentrums führten aus, die Beschwerdeführerin leide aufgrund der Depression und Schmerzen an rascher Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit, erhöhter Empfindlichkeit und Impulsivität, was zu Funktionseinschränkungen in Belastungs- und Leistungssituationen führe. Sodann sei die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung der Beschwerdeführerin beeinträchtigt. Die Prognose sei mit Blick auf die langjährige Chronifizierung der Schmerzen eher ungünstig (Ziff. 1.4).

2.5 Mit Stellungnahme vom 14. April 2011 (Urk. 7/59/4) führte pract. med. F.____, Facharzt für Arbeitsmedizin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stelle, aus, gemäss den vorliegenden medizinischen Berichten leide die Beschwerdeführerin an einer chronischen Schmerzerkrankung mit depressiver Entwicklung, einer Gonarthrose links, einem Low-dose-Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom sowie an chronischem Tinnitus seit 1999.

Sodann hielt er fest, aufgrund der Schmerzen bestehe eine Einschränkung für körperlich belastende Tätigkeiten, weshalb für die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Im direkten Vergleich der beiden medizinischen Arztberichte von Dr. D.____ vom 8. Oktober 2010 respektive vom 17. Februar 2011 sei im zeitlichen Verlauf eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgewiesen, was allenfalls mit der Teilnahme am interdisziplinären Schmerzprogramm seit Januar 2011 zusammenhängen könnte. Da die Beurteilung durch Dr. D.____ plausibel scheine, könne darauf abgestellt werden, womit aus versicherungsmedizinischer Sicht bis Januar 2011 von einer 50%igen und ab Februar 2011 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (rein sitzende Tätigkeit mit eingeschränkter Anforderung der Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit) auszugehen sei.

3. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin den Anspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Dabei steht hauptsächlich in Frage, ob

der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht hinlänglich abgeklärt wurden und wie es sich damit verhält.

E. 4

4.1 Aus den vorliegenden ärztlichen medizinischen Berichten ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin an chronischen und multiplen Beschwerden leidet. Zu den anfänglich somatisch begründeten Beschwerden, die sich nach dem Unfall vom 22. September 2010 noch akzentuierten, kamen sodann auch noch psychische Beschwerden bei vielfältiger Diagnostik hinzu.

4.2 Sämtlichen medizinischen Akten ist zu entnehmen - mit Ausnahme des Berichtes des H.____-Spitals, der sich nicht zu einer allfälligen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausserte -, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Beschwerden derart eingeschränkt ist, dass sie ihre bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin nicht mehr ausüben kann.

In Bezug auf eine behinderungsangepasste Tätigkeit hielt Dr. C.____ fest, eine sitzende Tätigkeit (ohne langes Stehen und Gehen) sei per dato vom 22. September 2010 möglich (Urk. 7/36/1-8 Ziff. 1.7). Dr. D.____ hielt im Bericht vom 8. Oktober 2010 noch fest, in einer körperlich wenig anstrengenden Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin allenfalls zu 50 % arbeitsfähig mit Einschränkungen des Konzentrations- und Auffassungsvermögens, der Anpassungsfähigkeit sowie der Belastbarkeit. Zumutbar seien jedoch rein sitzende oder wechselbelastende Tätigkeiten inklusive Heben/Tragen mit Rotation im Sitzen/Stehen zu zirka vier Stunden pro Tag (Urk. 7/41/1-5 Ziff. 3). Auf längere Sicht sollte eine zirka 50 bis 70%ige Arbeitsfähigkeit denkbar sein (Ziff. 1.11). Demgegenüber hielt er in seinem Bericht vom 17. Februar 2011 fest, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei eine rein sitzende Tätigkeit oder mit Rotation im Sitzen/Stehen zu 100 % möglich, eine wechselbelastete Tätigkeit und eine Tätigkeit mit Bücken sei zu 50 % zumutbar mit eingeschränkter Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit (Urk. 7/45/1-4 Ziff. 3). Einzig die Fachpersonen des E.____-Zentrums konstatierten in Bezug auf eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/47/5-9).

Die Beschwerdeführerin ging gestützt auf die Einschätzung von Dr. F.____ (E. 2.5) von einer bis Januar 2011 50%igen und ab Februar 2011 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (Belastungsprofil: rein sitzende Tätigkeit mit eingeschränkten Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit und der Belastbarkeit) aus.

4.3 Vorwegzuschicken ist, dass aufgrund der Aktenlage unklar bleibt, ob und inwieweit die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist:

4.3.1 Wohl konstatierte Dr. C.____ in seiner Beurteilung aus rheumatologischer Sicht, dass der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit (unter anderem mit rein sitzender Tätigkeit) noch zumutbar sei. Angesichts des Umstandes, dass die letzte Konsultation der Beschwerdeführerin im August 2010 stattgefunden hatte, blieben die im September 2010 erlittene Kniedistorsion sowie die anlässlich der Kniearthroskopie diagnostizierte Gonarthrose links in seiner Beurteilung gänzlich unberücksichtigt. Ob der Beschwerdeführerin auch nach dieser Befunderhebung noch eine rein sitzende

Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist, bleibt offen und bedarf weiterer Abklärung. Daran vermag auch die Einschätzung von Dr. D. ___ nichts zu ändern. Obwohl er die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 22. September 2010 stehenden Beschwerden sowie die diagnostizierte Genarthrose links in seine Beurteilung vom 17. Februar 2011 mit einfließen liess, ist fraglich, ob er als Arzt für Allgemeine Innere Medizin eine allfällige dadurch entstehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausreichend beurteilen kann. Darüber hinaus ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar, weshalb sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepasster Tätigkeit - trotz angegebener zusätzlicher Schmerzen im Bewegungsapparat und der diagnostizierten depressiven Entwicklung sowie der weiteren Ausföhrung, dass eine Wiedererlangung respektive Eröhlung der Arbeitsfähigkeit im jetzigen Zeitpunkt nicht gegeben sei (Ziff. 1.11) - im Vergleich zur Einschätzung vom 8. Oktober 2010 verbessert haben soll. Das gilt umso mehr, als im ärztlichen Bericht vom 17. Februar 2011 keine Befunde geschildert wurden und die Schlussfolgerungen des Berichts vom 17. Februar 2011 nicht ausreichend begründet sind.

4.3.2.2 Was die psychischen Störungen betrifft, gingen die Sachverständigen des H. ___-Spitals davon aus, dass die Beschwerdeführerin unter anderem an einer atypischen Depression (ICD-10 F32.8) leide und stellten die Vermutung an, dass psychische und psychosoziale Belastungsfaktoren zum chronifizierten Schmerzsyndrom beitragen. Dr. D. ___ diagnostizierte ebenfalls eine depressive Entwicklung und eine chronische psychosoziale Belastungssituation ohne Schilderung eigens erhobener Befunde, hielt aber nicht explizit fest, ob und inwieweit sich diese Störungen konkret auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken. Demgegenüber attestierten die Fachpersonen des E. ___-Zentrums mit Bericht vom 22. März 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und diagnostizierten nebst den organischen Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), Störung durch Medikamente (ICD-10 F13.2) und einen Status nach Suizidversuch 2000 (X61).

Obwohl die Fachpersonen des E. ___-Zentrums in ihrem Bericht vom 22. März 2011 wohl verschiedene psychische Einschränkungen feststellten, ist nicht einleuchtend, weshalb die Beschwerdeführerin vollumfänglich arbeitsunfähig sein soll. Ausserdem fehlen eine detaillierte Auseinandersetzung mit der vermuteten Diagnose aus dem somatoformen Formenkreis.

4.4. Angesichts der sich diametral widersprechenden Einschätzungen der Sachverständigen ohne jeweils nachvollziehbare Begründungen sowie aufgrund der sehr komplexen Krankheits- und Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin (Chronifizierung der Schmerzen, Gewalterfahrungen durch Ex-Ehemänner [Urk. 7/36/9-16 S. 3], Schwerarbeit in der Landwirtschaft [Urk. 7/47/5-9 S. 2 Ziff. 1.4], Suizidversuch im Jahr 2000 [Urk. 7/47/5-9 S. 3 oben], Ängste, dass die Batterie ihres Schrittmachers zu Ende gehen könnte [Urk. 7/36/9-16 S. 3]) sieht sich das Gericht ausser Stande, eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorzunehmen und Dauer und Umfang der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zuverlässig zu bestimmen. Die angefochtene Verfügung ist demnach aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ergänzende medizinische Abklärungen einleite, welche eine kombinierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht enthält. Sollte dabei

ein etwaiges psychisches Leiden der Beschwerdeführerin - soweit dieses nicht ohnehin mit grundsätzlich invaliditätsfremden und daher invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlichen psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. etwa Urteil 8C_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2) zu erklären ist - weiterhin als anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder als vergleichbares pathogenetisch-etiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage eingestuft werden, wäre seitens der Beschwerdegegnerin im Lichte der ständigen, mit BGE 130 V 352 begründeten bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch die Frage der lediglich ausnahmsweisen Überwindbarkeit zu prüfen, wobei deren abschliessende Beantwortung rechtlicher Natur ist und somit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden obliegt (vgl. etwa Urteil 8C_195/2008 vom 16. Dezember 2008 E. 6 mit Hinweis).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hernach wird sie über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu entscheiden haben.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor diesem Hintergrund kann die bestrittene Statusfrage, wonach die Beschwerdeführerin laut Beschwerdegegnerin ohne Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes hypothetisch zu 50 % erwerbstätig und 50 % im Haushalt tätig wäre, sowie die Frage der Invaliditätsbemessung offen bleiben. Immerhin ist zu bemerken und mit der Beschwerdeführerin davon auszugehen, dass sie mit Blick auf die knappen finanziellen Verhältnisse (Urk. 7/69, Urk. 10-11) sowie aufgrund des Umstandes, dass ihre drei Töchter bereits erwachsen (Urk. 7/2 Ziff. 3.1) sind und damit keiner Betreuung mehr bedürfen, ohne Gesundheitsschaden in erheblichem Ausmass einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Dies gilt umso mehr, als sie auch stets beteuerte, ohne Gesundheitsschaden zu 100 % erwerbstätig zu sein (Urk. 7/10-11, siehe Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt in Urk. 7/57 Ziff. 2.5, Fragebogen zur Arbeitslosigkeit in Urk. 7/5/1). Demgegenüber vermag die Argumentationskette der Beschwerdegegnerin nicht zu überzeugen, verkennt sie doch, dass die Beschwerdeführerin ihre Vollzeitstelle bei der Y. AG als Shopmitarbeiterin nachweislich aufgrund gesundheitlicher Beschwerden (Urk. 7/5/4) aufgegeben hatte und ihr Pensum deswegen hatte reduzieren müssen.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6.1 Ä Ä Ä Ä Ä 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. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfüzung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 54 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3), weshalb die vertretene

Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Unter Berücksichtigung der massgeblichen Kriterien und nach Einsicht in die Kostennote von Rechtsanwältin Fleisch ist die Prozessentschädigung auf Fr. 245.10 (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen.

Damit erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtsverteidigung als gegenstandslos.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 12. Januar 2011 (richtig 2012) aufgehoben, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfährt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 245.10 (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 diese Entscheidung 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.