

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00169 vom 17. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00169

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00169 du 17 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00169 del 17 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

1.1???? X.____, geboren 1960, bezog aufgrund persistierender Beschwerden nach einem Arbeitsunfall vom 28. November 1992 ab Dezember 1993 eine ganze und ab Januar bis Ende Juni 1995 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung (Verf?gungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle, vom 21. November 1995 [Urk. 8/24], Urteil des Sozialversicherungsgerichtes des Kantons Z?rich vom 23. November 1998 [Urk. 8/44], Verf?gung der IV-Stelle vom 6. Juli 2000 [Urk. 8/61]). Ab dem 1. September 1997 bis zum 30. November 2001 (letzter effektiver Arbeitstag: 3. Dezember 2000) arbeitete sie bei der Y.____ AG in Z.____ als Montagemitarbeiterin (Urk. 8/72). Wegen den Folgen eines am 4. September 2000 erlittenen Unfalles meldete sie sich am 27. November 2001 erneut bei der Invalidenversicherung zum Rentenbezug an (Urk. 8/67-68). Die IV-Stelle nahm bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) Abkl?rungen ?ber die von dieser erbrachten Leistungen vor (Urk. 8/70, Urk. 8/76/1-4, Urk. 8/88/1-8) und holte den Arbeitgeberbericht der Y.____ AG vom 7. Dezember 2001 (Urk. 8/72) sowie die Arztberichte von Dr. med. A.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 14. Januar 2002 (Urk. 8/73), vom 5. November 2002 (Urk. 8/86) und vom 8. April 2003 (Urk. 8/91/1-2; unter Beilage diverser weiterer Arztberichte, Urk. 8/91/3-29) ein. Ausserdem erkundigte sie sich bei Dr. med. B.____, Facharzt FMH Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, ?ber den notwendigen Umfang einer von der Versicherten am 18. Januar 2002 ebenfalls beantragten H?rger?teversorgung (Urk. 8/75; Berichte vom 22. und 27. Mai 2002, Urk. 8/80-81). Mit Verf?gung vom 17. Januar 2003 ?bernahm die IV-Stelle die Kosten f?r die Abgabe von zwei H?rger?ten gem?ss Indikationsstufe 2 inkl. Nebenkosten (Urk. 8/89). Sodann zog die IV-Stelle die Akten der leistungspflichtigen Taggeldversicherung, der H.____, bei (Urk. 8/93/1-23). Schliesslich liess sie das polydisziplin?re Gutachten der Medizinischen Abkl?rungsstelle (MEDAS) C.____ vom 8. November 2004 erstellen (Urk. 8/100/1-40). Mit Verf?gungen vom 10. Februar 2005 sprach die IV-Stelle X.____ basierend auf einem Invalidit?tsgrad von 100 % mit Wirkung vom 1. September 2001 bis zum 30. September 2004 eine ganze Invalidenrente und basierend auf einem Invalidit?tsgrad von 54 % mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2004 eine halbe Invalidenrente samt akzessorischen Kinderrenten zu (Urk. 8/118/1-8). Die gegen diese Verf?gungen am 14. M?rz 2005 (Urk. 8/128) erhobene Einsprache wies die IV-Stelle mit Entscheid vom 1. Juni 2005 ab, wobei sie einen Invalidit?tsgrad von 59 % statt 54 % errechnete (Urk. 8/134). Gegen diesen Entscheid liess die Versicherte am 4. Juli 2005 durch Rechtsanw?ltin Christina Ammann Beschwerde einreichen und beantragen, es sei ihr auch nach dem 1. Oktober 2004 eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 8/137/2). Nachdem der Versicherten vom hiesigen Gericht mit Beschluss vom 13. Juli 2006 (Urk. 8/137) eine allf?llige ?nderung des angefochtenen

Einspracheentscheidungen zu ihrem Nachteil angedroht worden war (sogenannte reformatio in peius), zog diese ihre Beschwerde am 2. August 2006 zurück (vgl. Verfügung vom 7. August 2006, Urk. 8/138).

1.2???? Im Fragebogen für Rentenrevision vom 16. März 2009 gab X. ___ an, der Gesundheitszustand habe sich seit 2002 verschlechtert. Sie leide zusätzlich unter einer Zunahme der Rückenschmerzen, therapieresistenten Schulterschmerzen rechts sowie einer Hypertonie und sei seit dem 25. April 2001 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/143). Die IV-Stelle holte den Arztbericht von Dr. A. ___ vom 3. April 2009 ein (Urk. 8/145). Am 12. Juni 2009 teilte sie der Versicherten mit, sie habe unverändert Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 54 % (Urk. 8/147). In der Folge befragte die IV-Stelle, ob bei X. ___ Potential zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen bestehe. Diese stellte ihre Situation im am 27. November 2009 ausgefüllten Fragebogen durchwegs negativ dar. Sie gab an, sie könne gar nichts mehr machen, insbesondere sei ihr jeglicher Arbeitsversuch unmöglich (Urk. 8/148).

1.3???? In einem weiteren Fragebogen zur Revision der Invalidenrente gab X. ___ am 25. Januar 2011 an, ihr Gesundheitszustand habe sich weiter verschlechtert. In Bezug auf eine allenfalls bestehende Hilflosigkeit bejahte sie den Bedarf der Hilfe Dritter beim An-/Auskleiden, der Fortbewegung und der Pflege gesellschaftlicher Kontakte. Tagsüber sei sie auf andauernde Pflege sowie persönliche Überwachung angewiesen und sie benötige auch Hilfe bei der Führung des Haushaltes, beim Einkaufen sowie bei Arztbesuchen (Urk. 8/149). Die IV-Stelle holte den Arztbericht von med. pract. D. ___, Allgemeinmedizin FMH, vom 17. Februar 2011 ein (Urk. 8/151/1-7, 37-39). In der Folge liess sie das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E. ___ vom 15. August 2011 erstellen (Urk. 8/155/1-30). Mit Vorbescheid vom 31. Oktober 2011 teilte die IV-Stelle X. ___ mit, die Abklärungen hätten ergeben, dass sich ihr Gesundheitszustand verbessert habe und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für die bisherige Tätigkeit und entsprechend angepasste Verweisungstätigkeiten vorliege. Mangels krankheitsbedingter Erwerbseinbusse betrage der Invaliditätsgrad 0 %, womit die Rente aufgehoben werden müsse (Urk. 8/159). Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte am 2. November 2011 (Urk. 8/160) bzw. am 30. November 2011 (Urk. 8/165) Einwand. Mit Verfügung vom 6. Januar 2012 hob die IV-Stelle die Invalidenrente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 2).

2.????? Gegen diese Verfügung erhob X. ___ durch Rechtsanwalt Dr. Ivo Zellweger, Baden, am 7. Februar 2012 Beschwerde mit folgenden Anträgen (Urk. 1/1 S. 2):

??????? 1. Es sei die Verfügung vom 6. Januar 2012 aufzuheben.

E. 2

Es sei der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente festzustellen und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, der Beschwerdeführerin auch nach dem 29. Februar 2012 eine Invalidenrente auszurichten.

E. 2.1

2.1.1?? Laut dem Arztbericht des damaligen Hausarztes, Dr. A. ___, vom 14. Januar 2002 (Urk. 8/73) leidet die Beschwerdeführerin unter einem Status nach Comotio cerebri bei Sturzereignis am 27. April 2001, einer hochgradigen Innenohrschwerhörigkeit beidseits, teils durch Sturzereignis verschlimmert, einem Status nach Sturzereignis am 4. September

2000 mit Wirbels?ulenkontusion, einem chronischen, therapierefrakt?ren Lumbovertebralsyndrom bei Spondylarthrose L3 bis 5 und breitbasiger paramedianer linksseitiger Diskusprotrusion L4/5 (MRI vom 8. Februar 2001). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsf?higkeit best?nden ausserdem ein Status nach laparoskopischer Cholezystektomie am 24. Oktober 2000, eine Adipositas sowie eine Arthrose im linken oberen Sprunggelenk. Die Beschwerdef?hrerin sei seit dem 4. September 2000 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunf?hig. Sie habe seit dem 4. September 2000 praktisch nie mehr arbeiten k?nnen, vorerst wegen den Folgen des schweren Treppensturzes, dann vor?bergehend wegen der Cholezystektomie und schliesslich erneut unfallbedingt nach Kollapszustand wegen schweren R?ckenschmerzen am 27. April 2001. Dieser habe die Beschwerdef?hrerin vollends invalidisiert. Zus?tzlich bestehe eine Depression. Die Prognose sei in Anbetracht des chronifizierten Zustandes eher schlecht, die Arbeitsf?higkeit scheine auf l?ngere Sicht sehr fraglich.

2.1.2?? Im Bericht vom 8. April 2003 (Urk. 8/91/1-2) verwies Dr. A.____ auf das zu H?nden der H.____ erstellte Gutachten von Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH f?r Rheumaerkrankungen, vom 10. M?rz 2001 (Urk. 8/91/2-29). Dieser gelangte zum Ergebnis, dass die Beschwerdef?hrerin gesamthaft gesehen derzeit als Betriebsmitarbeiterin zu 100 % arbeitsunf?hig sei. Rein somatisch gesehen w?re die Arbeitsf?higkeit in der zuletzt ausge?bten oder in einer ?hnlichen T?tigkeit von Seiten des Bewegungsapparates auf 50 % zu beziffern, bei g?nstigem Verlauf in Bezug auf die Schmerzverarbeitungsproblematik auch auf 100 %. Rein k?rperlich gesehen ung?nstig seien ausschliesslich schwere k?rperliche Arbeiten mit Heben und Tragen schwerer Gewichte ?ber 30 kg, stereotypen T?tigkeiten in ergonomisch ung?nstiger R?ckenstellung oder ausschliesslich ?berkopfarbeiten sowie T?tigkeiten, welche eine gute k?rperliche Grundkondition bedingten. Da eine erhebliche Schmerzverarbeitungsst?rung vorliege, sei die Prognose bez?glich Wiederaufnahme einer beruflichen T?tigkeit ung?nstig. Es werde die Vornahme einer zus?tzlichen psychiatrischen Begutachtung empfohlen (Urk. 8/91/13-14).

2.1.3?? Im Bericht vom 3. April 2009 (Urk. 8/145/2) diagnostizierte Dr. A.____ ein chronisches, therapierefrakt?res Lumbovertebralsyndrom bei Spondylarthrosen L3-5 und breitbasiger paramedianer linksseitiger Diskusprotrusion L4/L5, therapieresistente Schulterschmerzen rechts bei grossem glenoidalem Knorpelschaden infolge Sturz im Januar 2007, eine chronifizierte Schmerzverarbeitungsst?rung, eine hochgradige Innenohr-Schwerh?rigkeit, eine Adipositas permagna (BMI 42), einen Status nach Varizenoperation 2004 sowie einen Status nach laparoskopischer Cholezystektomie 2000. Die Beschwerdef?hrerin leide unter massivsten R?ckenschmerzen. Auch mit Stockhilfe bestehe eine stark eingeschr?nkte Gehf?higkeit. Dies sei auch eine Folge der Adipositas. Die Prognose sei schlecht. Wegen der praktischen Immobilit?t, der Adipositas und der Depression sei eine T?tigkeit nicht denkbar. Es komme lediglich noch eine rein sitzende T?tigkeit im Umfang von 1-2 Stunden pro Tag in Frage.

2.2???? Gem?ss dem Gutachten der MEDAS C.____ vom 8. November 2004 bestehen bei der Beschwerdef?hrerin folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschr?nkung der zumutbaren Arbeitsf?higkeit (Urk. 8/100/25-26):

???????? ?Anhaltende leicht- bis mittelgradige depressive St?rung mit somatischem Syndrom, bei

- einfach strukturierter, wenig gebildeter Pers?nlichkeit mit histrionischen Z?gen

- psychosozialer Problematik

??? - Gatte 50 % arbeitsunfähig nach Diskushernienoperation

??? - 19-jähriger Sohn und 17-jährige Tochter arbeitslos zu Hause

???????? Chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung beidseits, bei

- Fehlbelastung, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung

- Osteochondrose L3 bis S1

- nicht-neurokompressiver Diskusprotrusion L4/5 links (MRI 2001)

- leichter Spondylarthrose L5/S1

- Entwicklung eines fibromyalgiformen Ganzkörpererschmerzsyndroms

- Status nach drei Stürzen mit Wirbelsäulenkontusion 2000, 2001 und 2002

???????? Leichtes Impingement-Syndrom der rechten Schulter vom Supraspinatus-Typ, bei

- leichter Omarthrose

- diffuser, diskreter Verschmälerung der Supraspinatussehne (MRI 2001)

???????? Frische Distorsion beider oberer Sprunggelenke, rechtsbetont, bei

- Status nach Treppensturz am Abend des 1. MEDAS-Untersuchungstages (17.08.2004)?

???????? Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert bestanden ausserdem (1) eine Adipositas simplex (162 cm/104,5 kg, BMI 39.8) bei intermittierender Bulimie und induziertem Erbrechen, positiver Familienanamnese (beide Eltern, ältere Tochter), Status nach Therapieversuch mit Xenical, (2) eine arterielle Hypertonie, wahrscheinlich essentiell (140/110 mmHg, bei Puls von 92/Minuten, evtl. situationsbedingt), seit 1999 bekannt und behandelt, (3) ein Nikotinabusus (15 bis 20 Zigaretten pro Tag, 20 py) sowie (4) eine Hepatopathie unklarer Ätiologie, bei Erhöhung von Transaminasen und Gamma-GT, Verdacht auf Lebersteatose.

???????? Subjektiv klagt die Beschwerdeführerin in erster Linie über Rückenschmerzen, seit sie am 4. September 2000 auf dem Gang zur Arbeit im eigenen Treppenhaus gestürzt sei und Kreuz und Hinterkopf angeschlagen habe. Die Schmerzen seien immer schlimmer geworden, schmerzfreie Intervalle gebe es keine mehr. Sie wache deswegen jede Nacht 10- bis 15-mal auf und müsse 7- bis 8-mal aufstehen. Wegen der Behinderung müsse sie die meiste Hausarbeit ihrem Ehemann und den Kindern überlassen. Das zweitgrösste Gesundheitsproblem sei "mal partout" und das drittgrösste "die Nerven". Ihre "Nerven" seien vor allem belastet worden, weil sie nach einer ersten MEDAS-Begutachtung kein Geld von der Invalidenversicherung erhalten und deshalb zweimal einen Suizidversuch unternommen habe. Eine vor fünf Monaten begonnene Therapie nütze nichts und mache sie nur noch aggressiver. Sie leide seit langem unter Ein- und Durchschlafstörungen, zeitweisen "Fressattacken" mit folgendem induziertem Erbrechen sowie an einem Libidoverlust. Objektiv wirke die beinahe morbid adipöse Beschwerdeführerin altersentsprechend, psychisch ausgesprochen affektlabil, wechselnd von gespannt-missmutig-weinend-mit-Suizid-drohend auf mit einer "belle indifférence" lachend. Es bestehe eine unübersehbare Verdeutlichungstendenz (Urk. 8/100/24).

????????? Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Medizinallampenfabrik werde die Arbeitsfähigkeit auf 50 % der Norm geschätzt, wobei vor allem die psychiatrischen, weniger die rheumatologischen Befunde die Grenzen setzen würden. Bis am 1. Oktober 2004 betrage die Arbeitsfähigkeit generell 0 % wegen akutem Unfall mit Distorsion beider Sprunggelenke. Für jegliche körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit nach dem 1. Oktober 2004 50 % der Norm, mit den genannten limitierenden Faktoren, für den Haushalt 70 %. Körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien nicht zumutbar (Urk. 8/100/24).

E. 2.3

2.3.1?? Med. pract. D.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, bei welchem die Beschwerdeführerin seit Oktober 2009 in hausärztlicher Behandlung steht, diagnostizierte im Bericht vom 17. Februar 2011 (Urk. 8/151/1-7) ein chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung beidseits mit/bei Fehlbelastung bei Adipositas (BMI 40), muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung, mässiggradiger Osteochondrose L3/4 und L4/5 sowie leichter Osteochondrose L5/S1, leichter Spondylarthrose L5/S1, Entwicklung eines fibromyalgiformen Ganzkörpererschmerzsyndroms und Status nach Stürzen mit Wirbelsäulenkontusion am 04.09.2000, 27.04.2001 und 02.01.2002, ein leichtes Impingement-Syndrom rechts vom Supraspinatus-Typ bei leichter Omarthrose und diffuser, diskreter Verschmälerung der Supraspinatussehne (MR 02/2001), einen Status nach OSG-Distorsion beidseits rechtsbetont bei Status nach Treppensturz am 17.08.2004, eine anhaltende leicht- bis mittelgradige depressive Stimmung mit somatischem Syndrom, eine einfach strukturierte, wenig gebildete Persönlichkeit mit histrionischen Zügen, eine Adipositas Simplex (Grösse 162 cm, Gewicht 105 kg, BMI 40 kg/m² bei intermittierender Bulimie und induziertem Erbrechen, positiver Familienanamnese (beide Eltern und ältere Tochter) und Status nach Therapieversuch mit Xenical, eine arterielle Hypertonie bei ED 1999, unter medikamentöser Therapie, eine Dyslipidämie mit Hypercholesterinämie, eine Hyperurikämie, einen Nikotinabusus 15-20 Zigaretten pro Tag, 26py, eine Hepatopathie unklarer Ätiologie mit Verdacht auf Lebersteatose, einen Status nach biliärer Pankreatitis bei Cholezystolithiasis 10/2000 mit Status nach ERCP und Papillotomie und Status nach laparoskopischer Cholezystektomie am 24.10.2000 Spital Uster, eine rechtsbetonte Innenohrschwerhörigkeit beidseits, eine Stammvaricosis der VSM HACH IV mit insuffizienter Crosse, insuffizientem Perforantes und Seitenastvaricosis rechtes Bein bei Status nach Crossektomie, Magna-Stripping, Perforans-Ligatur und Seitenast-Exhairese rechts am 04.02.2004, Gynäkologie: III-Para, V-Gravida mit Uterus Myomatosus mit grossem Hinterwandmyom von max. 6 cm, Status nach diagnostischer Hysteroskopie und fraktionierter Curettage am 25.04.2008, Postmenopausenstatus hormonell gesichert, einen Verdacht auf Fremdkörper im Bereich des oberen GI-Traktes mit Fremdkörpergefühl beim Schlucken sowie eine Gastroskopie mit Nachweis einer H. pylori positiven erosiven Antrumgastritis (Urk. 8/151/7).

????????? Die Beschwerdeführerin zeige das Vollbild einer chronischen, depressiven Schmerzpatientin. Es zeige sich eine gewisse Diskrepanz im Sinne der Schmerzangabe und der palpierbaren Befunde im Bereich der Rückenmuskulatur. Durch die Generalisation und die Verselbständigung der Schmerzempfindung seien die Schmerzen der Beschwerdeführerin aber glaubhaft und für sie sehr präsent. Die Beschwerdeführerin könne nicht mehr als wenige Minuten lang sitzen, dann müsse sie schmerzbedingt wieder aufstehen. Die

Schmerzen seien so zentral, dass sie sich nicht in einem vernünftigen Mass auf eine einfache Arbeit konzentrieren könnten. Da ihrem Ehemann die Arbeitsstelle gekündigt worden sei, habe die depressive Symptomatik deutlich an Gewicht zugenommen. Es seien neu auch Existenz- und Verarmungsängste präsent. Der Beschwerdeführerin sei keine Arbeit mehr zumutbar (Urk. 8/151/2-3).

2.3.2?? Im Schreiben an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 19. Januar 2012 (Urk. 3/14) gab med. pract. D. ___ ergänzend an, das seit Jahren bestehende depressive Zustandsbild der Beschwerdeführerin werde medikamentös behandelt. Die Beschwerdeführerin nehme seit 2005 das Medikament Fluoxetin ein und werde weiterhin zur Stabilisation ihrer psychischen Entwicklung darauf angewiesen sein.

2.4???? Laut dem Gutachten des E. ___ vom 15. August 2011 (Urk. 8/155/26) bestehen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen:

???????? 1 ?? Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

???????? 1.?? Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.80)

???????????????? - radiologisch altersentsprechender Befund der HWS (MRI 07.02.2001)

???????????????? - radiologisch altersentsprechender Befund der BWS (Röntgen 13.09.2000)

???????????????? - radiologisch mässige degenerative Veränderungen der unteren LWS ohne Hinweis für Neurokompression (MRI 07.02.2001 und Röntgen 22.06.2011)

???????? 2.?? Chronische Beschwerden an der dominanten rechten Schulter (ICD-10: M75.4)

???????????????? - radiologisch geringgradige degenerative Veränderungen (MRI 07.02.2001)

???????????????? - Verdacht auf subakromiales Impingement

???????? 3.?? Chronische Kniebeschwerden unter Betonung der rechten Seite (ICD-10: M17.0)

???????????????? - reizlose, symmetrisch frei bewegliche Kniegelenke ohne Hinweis für Meniskusläsion oder Instabilität, jedoch mit Zeichen der Femoropatellararthrose

???????? 4. ? Chronische Beschwerden im Bereich des linken Sprunggelenkes (ICD-10: T93.3/Z98.8)

???????????????? - Status nach Distorsionstrauma am 28.11.1992

- Status nach OSG-Arthroskopie mit Shaving der Synovialmembran lateral am 24.05.1993 (Spital Uster)

???????????????? - Status nach lateraler Bandplastik nach Evans am 02.03.1994 (Kreisspital F. ___)

???????????????? -? Status nach Treppensturz am 17.08.2004 mit beidseitiger OSG-Distorsion

???????????????? -? minimaler Reizzustand bei symmetrisch freier Beweglichkeit

???????? 2???? Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

???????? 1.??? Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54)

???????? 2.??? Inkomplettes metabolisches Syndrom (ICD-10: E88.9)

???????????????? - Adipositas, BMI 45 kg/m² (ICD-10: E.66.0)

???????????????? - arterielle Hypertonie, Erstdiagnose 1999 (ICD-10: I10)

???????????????? - anamnestisch Hypercholesterinämie (ICD-10: E78.0)

???????? 3.??? Nicht organische Schwerhörigkeit beidseits, Diagnose November 2001

???????? 4. ?? Anamnestisch rezidivierende Gastritis (ICD-10: K29.5)

???????? 5. ?? Nikotinabusus, 7,5 packyears (ICD-10: F17.1)

???????? Aus orthopädischer Sicht könnten aufgrund der anamnestischen Angaben, der bildgebenden Diagnostik sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde Beschwerden im gesamten Bewegungsapparat mit Ausnahme der linken oberen Extremität festgehalten werden mit im Vordergrund stehendem, chronischem paravertebralem Schmerzsyndrom, ohne fassbare radikuläre Symptomatik. Daneben bestünden chronische Schulterschmerzen rechtsseitig mit Verdacht auf subakromiales Impingement bei MR-tomographisch nachgewiesenen, geringgradigen degenerativen Veränderungen (MRI 07.02.2001) sowie chronische Kniebeschwerden rechtsbetont mit Zeichen der Femoropatellararthrose sowie chronische Beschwerden im Bereich des linken Sprunggelenkes. Wie im orthopädischen Teilgutachten dargelegt, könnten die angegebenen, vielfig diffusen Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründet werden. Aufgrund der allgemeinen körperlichen Konstitution sowie der an der lumbalen Wirbelsäule geklagten Beschwerden könnten der Beschwerdeführerin körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten bleibend nicht mehr zugemutet werden. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie ohne häufigen Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb der Horizontalen und somit auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin in der Lampenproduktion bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % (Urk. 8/125/27-28).

???????? Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der anamnestischen Angaben sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde lediglich eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert werden, welche keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertige. Es könne der Beschwerdeführerin trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden, weiterhin einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit uneingeschränkt nachzugehen.

???????? Aus allgemein internistischer Sicht könnten lediglich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden, so dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Durch die Fortbewegung ihres massiv überhöhten Körpergewichts weise die Beschwerdeführerin nach, dass sie durchaus körperlich leistungsfähig sei.

???????? Zusammenfassend könnten der Beschwerdeführerin körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten bleibend nicht zugemutet werden. Für körperlich leichte, wechselbelastende, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe spätestens seit der aktuellen Untersuchung. Für die Zeit davor könne von der im Gutachten der MEDAS C.____ aus dem

Jahre 2004 attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % in adaptierten Tätigkeiten ausgegangen werden. Retrospektiv kann nicht beurteilt werden, ab wann genau es zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands mit einer vollen Arbeitsfähigkeit gekommen sei. Möglicherweise bereits seit längerer Zeit, da die Beschwerdeführerin die letzten Jahre nicht mehr in psychiatrischer Behandlung gewesen sei.

Die Beschwerdeführerin selber erachte sich aus somatischen Gründen als nicht mehr arbeitsfähig. Die Diskrepanz zur Beurteilung des E.____ begründet sich wohl dadurch, dass die Beschwerdeführerin davon ausgehe, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Erwerbstätigkeit nachgehen zu können, wogegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht auf einer anderen Grundlage festgelegt werde. Im Weiteren bestehe bei Schmerzverarbeitungsstörungen stets eine höhere Selbstlimitierung, als es medizinisch-theoretisch, insbesondere im Sinne der Willensanstrengung aus psychiatrischer Sicht zumutbar wäre. Wie im psychiatrischen Teilgutachten dargelegt, bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn, wodurch ihr regressives Verhalten noch verstärkt werde. Dies stelle jedoch einen IV-fremden Faktor dar (Urk. 8/155/28).

Die Prognose bezüglich Reintegration in den Arbeitsprozess sei aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin, wonach keine Arbeitstätigkeit mehr möglich sein soll, sowie aufgrund der langjährigen beruflichen Desintegration aus dem Arbeitsprozess als sehr ungünstig zu bezeichnen (Urk. 8/155/29-30).

E. 2.5

2.5.1?? Gemäss der Stellungnahme von Dr. med. G.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin vom 25. August 2011 (Urk. 8/157/4) erfüllt das E.____-Gutachten sämtliche Anforderungen und erscheint als nachvollziehbar. Es sei damit eine volle Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ausgewiesen. Der Beginn dieser Arbeitsfähigkeit sei auf das Datum der Begutachtung, den 22. Juni 2011, festzusetzen. ?

2.5.2?? Am 15. Dezember 2011 (Urk. 8/166/2-3) führte Dr. G.____ aus, der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin mehrjährig nicht mehr in psychiatrischer Behandlung befinde, sollte nachvollziehbar Anlass geben, den psychischen Leidensdruck als gebessert anzunehmen. Auch dass wegen fehlender Arztzeugnisse zeitlich vergleichbare psychopathologische Objektiva nicht zur Verfügung gestanden seien, um das Datum der Verbesserung genau festlegen zu können, leuchte ein. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin tue die psychiatrische Begutachtung des E.____ unbegründet als nicht stichhaltig ab und verweise auf einen mehrjährig nicht mehr involvierten Psychiater. Somit reduzierten sich die Einwände auf eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhaltes ohne Ergänzung neuer Erkenntnisse. Es sei deshalb daran festzuhalten, dass auf die Beurteilung des E.____-Gutachtens abgestellt werden könne.

3.

3.1???? Strittig und zu prüfen ist die Frage, ob zwischen dem Zeitpunkt des auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 59 % eine halbe Invalidenrente zusprechenden Einspracheentscheides der Beschwerdegegnerin vom 1. Juni 2005 (Urk. 8/134) und der angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 6. Januar 2012 (Urk. 2) eine anspruchserhebliche Änderung der Verhältnisse stattgefunden hat. Nicht massgeblich

erscheint das mit Mitteilung vom 12. Juni 2009 (Urk. 8/147) abgeschlossene Revisionsverfahren, da in dessen Rahmen keine umfassende Prüfung des Sachverhaltes vorgenommen und ohne Begründung auf die Invaliditätsbemessung gemäss der Verfügung vom 10. Februar 2005 (Urk. 8/108 und Urk. 8/118/1-2) und nicht auf jene gemäss Einspracheentscheid vom 1. Juni 2005 (Urk. 8/134) abgestellt wurde.

3.2???? Es trifft zwar zu, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem internen Feststellungsblatt vom 12. Juni 2009 (Urk. 8/146/2) die Durchführung des nächsten ordentlichen Revisionsverfahrens per 30. Juni 2014 vorsah. Ob es einen konkreten Anlass gab, um bereits im Jahre 2011 ein neues Revisionsverfahren einzuleiten, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Es war der Beschwerdegegnerin jedoch unbenommen, von sich aus zu einem früheren Zeitpunkt ein Revisionsverfahren durchzuführen. Das Revisionsverfahren wurde sodann damit eingeleitet, dass der Beschwerdeführerin der Fragebogen "Revision der Invalidenrente/Hilflosenentschädigung" zugestellt und von dieser am 25. Januar 2011 ausgefüllt wurde (Urk. 8/149). Es musste der Beschwerdeführerin damit klar sein, dass sich die folgenden Abklärungen auf eine Rentenrevision bezogen. Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin am 7. März 2011 mit, dass eine medizinische Abklärung im E.____ vorgenommen werde (Urk. 8/152). Es kann sodann der Beschwerdegegnerin auch nicht unterstellt werden, sie habe dem E.____ mit dem Hinweis "Es handelt sich um eine Rentenrevision" und der Aufforderung, es sei die Änderung des Gesundheitszustands seit 2004 detailliert aufzuzeigen (Urk. 8/157/3), Anweisungen gegeben, in welche Richtung das Gutachten gehen soll. Vielmehr hat sie die bei Rentenrevisionen notwendigen und üblichen Fragen an die Gutachter gestellt. Anlass für die Begutachtung bestand offensichtlich nicht in erster Linie, weil die Beschwerdegegnerin der Ansicht war, sie richte der Beschwerdeführerin allenfalls zu Unrecht eine halbe Rente aus, sondern weil die Beschwerdeführerin geltend machte, ihr Gesundheitszustand habe sich weiter verschlechtert und ihr Hausarzt ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 8/157/2-3). Die Begutachtung durch das E.____ hätte durchaus auch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ergeben können. Dessen Richtung war in keiner Weise vorbestimmt. Die Beschwerdeführerin hatte im Rahmen des Vorbescheidverfahrens Gelegenheit, sich zum Gutachten zu äussern (Urk. 8/160 und Urk. 8/165). Insgesamt war das Vorgehen der Beschwerdegegnerin damit korrekt. Das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin wurde nicht verletzt.

3.3???? Das Gutachten des E.____ vom 15. August 2011 (Urk. 8/155) beantwortet die gestellten Fragen umfassend, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beeinträchtigungen, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und ist in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso wurden die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Das Gutachten wird damit den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 352 E. 3a) gerecht. Ihm ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, falls keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

??????? Wie bereits erwähnt, waren die Gutachter des E.____ bei ihren Abklärungen völlig frei. Soweit die Beschwerdeführerin aufhört, es sei kein anderes Resultat zu erwarten gewesen, und einzig damit eine Befangenheit der Gutachter geltend machen will, ist dies unbegründet. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die Abgeltung einer MEDAS durch Mittel der Invalidenversicherung grundsätzlich nicht zu einer

Befangenheit führt (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7).

3.4.??? Bei den Berichten des Hausarztes ist zu berücksichtigen, dass bei Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch behandelnde Ärzte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Die unterschiedliche Wertung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte und durch die Gutachter resultiert auch aus der Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (Urteil 8C_275/2010 vom 6. September 2010, E. 3.3.).

3.5.??? Das E.____-Gutachten vom 15. August 2011 befasst sich ausführlich mit den von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen. Es kann nicht festgestellt werden, dass es zu einer Verschlechterung der Rückenschmerzen und der Gehfähigkeit gekommen ist, auf welche die Gutachter hätten eingehen müssen. Die Beschwerdeführerin klagte bereits bei der MEDAS-Begutachtung im Jahre 2004 in erster Linie über Rückenschmerzen. Sie führte damals aus, sie sei ohne jegliche schmerzfreie Intervalle, werde von den Rückenschmerzen jede Nacht 10 bis 15 Mal geweckt und müsse deswegen 7 bis 8 Mal aufstehen. Die Behinderung reiche soweit, dass sie die meiste Haushaltsarbeit dem Mann und den Kindern überlassen müsse (Urk. 8/100/24). Das Gehen war ihr in allen Gangarten - bei Verdeutlichungstendenz - nur mit Hilfe eines Amerikanerstockes rechts langsam, unter Stützen und im Zeitlupentempo für kurze Zeit möglich (Urk. 8/100/22). Nichts geändert hat sich sodann auch an der Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit, sah sich die Beschwerdeführerin doch schon im Jahre 2004 nicht mehr in der Lage, wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Auch die Verrichtung von Haushaltsarbeiten im Umfang von 10 % war ihr bereits zu viel (Urk. 100/16). Anlässlich der Begutachtung durch das E.____ im Juni 2011 gab die Beschwerdeführerin an, aufgrund der (Rücken-)Schmerzen könne sie nichts machen, sie könne bloss etwas gehen, etwas sitzen und müsse sich wieder hinlegen. Die Schmerzen seien ca. 2 bis 3 Mal pro Monat so stark, dass sie das Bett nicht verlassen und sich kaum bewegen könne. Aufgrund der Rückenschmerzen könne sie nur schlecht schlafen, müsse nachts immer wieder aufstehen und rumgehen (Urk. 8/155/11). Der ebene Gang erfolgte im Rahmen der orthopädischen Untersuchung äusserst kleinschrittig mit ausgedehnten Pausen, die Durchführung der Gangarten wurde von der Beschwerdeführerin verweigert. Fünf von fünf Waddell-Zeichen waren positiv (Urk. 8/155/23). Da sich die objektiven Befunde nicht verändert haben, gingen die E.____-Gutachter somit zu Recht davon aus, dass der Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht seit 2004 im Wesentlichen gleich geblieben ist.

3.6.??? Entscheidend ist denn auch unstrittig die Frage, ob in psychiatrischer Hinsicht seit 2004 eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist, zumal die der Beschwerdeführerin im MEDAS-Gutachten vom 8. November 2004 (Urk. 8/100) attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf der diagnostizierten anhaltenden leicht- bis mittelgradigen depressiven Stimmung mit somatischem Syndrom beruhte, wogegen sie bereits damals aus rheumatologischer Sicht für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit als voll arbeitsfähig eingeschätzt worden war (Urk. 8/100/25). Laut der psychiatrischen Beurteilung des E.____ sind die affektiven Symptome bei der Beschwerdeführerin nicht mehr genügend ausgeprägt für die Diagnose einer depressiven Stimmung. Es bestünden auch keine deutlich schweren psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren, die als hauptsächlich ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten, weshalb die differentialdiagnostisch in

Betracht zu ziehende Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne (Urk. 8/155/15-16). Diese Beurteilung erscheint als nachvollziehbar und überzeugend. Die Beschwerdeführerin befand sich denn auch schon seit Jahren nicht mehr in psychotherapeutischer Behandlung, sondern beschränkte sich auf die Einnahme eines Antidepressivums. Eine Begutachtung ist zwar tatsächlich eine Momentaufnahme, es wurde aber von den Ärzten des E.____ eine ausführliche Anamnese aufgenommen, und diese wird im Gutachten eingehend gewürdigt. Alleine aus dem Umstand, dass nur ein relativ kurzes Untersuchungsgespräch stattgefunden hat, kann nicht darauf geschlossen werden, dass das Gutachten auf einer ungenügenden Exploration beruht (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts I 748/05 vom 20. Januar 2006 E. 2.2.4), zumal es alle relevanten Angaben enthält. Zu beachten ist ausserdem, dass nur eine dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung eine Invalidität bewirken kann. Rechtsprechungsgemäss stellt eine mittelgradige depressive Episode dagegen keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitszustands dar, welche es der betroffenen Person verunmöglichen würde, ihre Schmerzen zu überwinden und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Urteile des Bundesgerichtes 9C_803/2008 vom 29. Mai 2009 E. 5.3.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 8C_958/2010 vom 25. Februar 2011 E. 6.2.2.2). Insgesamt erscheint es damit durchaus als plausibel, dass der psychiatrische Experte des E.____ zum Ergebnis gelangte, es liege keine depressive Störung mehr vor. Es ist ausserdem auch nachvollziehbar, dass der E.____-Gutachter keinen genauen Zeitpunkt des Eintritts der Verbesserung festlegen konnte, da die letzte fachärztliche psychiatrische Beurteilung im Jahr 2004 stattfand und die Beschwerdeführerin seit 2008 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung ist. Nicht von Relevanz ist auch der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin bei der Revision im Jahr 2008 gestützt auf den Bericht des früheren Hausarztes der Beschwerdeführerin von einem unveränderten Gesundheitszustand ausging und erst bei der Revision 2011 eine umfassende Abklärung vornahm. Der Bericht des aktuellen Hausarztes med. pract. D.____ ist nicht geeignet, die fachärztliche Beurteilung des E.____ zu erschüttern. Soweit er im Schreiben vom 19. Januar 2012 (Urk. 3/14) festhält, es bestehe eine schwere Depression, ist darauf hinzuweisen, dass er selbst im Bericht vom 17. Februar 2011 (Urk. 8/151/7) lediglich eine anhaltende leichte bis mittelgradige depressive Störung festhielt und mit keinem Wort begründete, inwiefern sich der psychische Zustand zwischenzeitlich verschlechtert haben sollte. Auch scheint er sich nicht dazu veranlasst gesehen zu haben, die Beschwerdeführerin an einen Facharzt zu überweisen, wozu im Falle einer massgeblichen Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes jedoch Anlass bestanden hätte. Schliesslich ist er als Facharzt für Allgemeine Medizin ohnehin nicht berufen, den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit langer Zeit das Medikament Fluoxetin einnimmt, ist im E.____-Gutachten berücksichtigt worden (Urk. 8/155/12).

3.7.??? Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin damit gestützt auf das E.____-Gutachten vom 15. August 2011 zu Recht davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin soweit gebessert hat, dass sie einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit wieder zu 100 % nachgehen kann.

4.

4.1.??? Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin ihrer Arbeit als Montagemitarbeiterin bei der Y.____ AG

nachgehen würde (vgl. Urk. 8/134/4). Gemäss Arbeitgeberbericht der Y.____ AG vom 7. Dezember 2001 (Urk. 8/72) hätte die Beschwerdeführerin im Jahre 2002 ein Einkommen von Fr. 48'750.-- (Fr. 3'750.-- x 13) erzielt. Angepasst an den Nominallohnindex für Frauen (vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T.1.93: 2002 = 113.5, 2011 = 128.7) resultiert für das Jahr 2011 ein Valideneinkommen von Fr. 55'278.65.

4.2???? Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2008 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2011 S. 98 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

???????? Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schützen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

4.3???? Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben beschäftigten Frauen betrug im Jahre 2010 im privaten Sektor Fr. 4'225.-- pro Monat bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2010, Tabelle TA 1, S. 26), was unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden pro Woche (vgl. Die Volkswirtschaft 4

- 2013 Tabelle B9.2 S. 90) ein hypothetisches Einkommen von monatlich Fr. 4'394.-- bzw. Fr. 52'728.-- pro Jahr (mal 12) ergibt. Angepasst an den Nominallohnindex für Frauen (vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T.1.93: 2010 = 127.4, 2011 = 128.7) beträgt das Einkommen im Jahr 2011 Fr. 53'266.05. Dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin nur noch leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ausüben kann, ist mit einem Abzug von 10 % Rechnung zu tragen. Die weiteren Abzugskriterien des Alters, der Dienstjahre, der Nationalität oder Aufenthaltskategorie und der Teilzeitbeschäftigung sind nach Lage der Akten nicht gegeben. Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 47'939.45 (90 % von Fr. 53'266.05). Verglichen mit dem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. Fr. 55'278.65 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 7'339.20 bzw. ein Invaliditätsgrad von rund 13 %. Es steht ihr demnach keine Rente mehr zu. Daran würde sich auch nichts ändern, wenn der Beschwerdeführerin der höchst mögliche Abzug vom Tabellenlohn gewährt und dementsprechend das Invalideneinkommen mit Fr. 39'949.50 (= 0,75 x Fr. 53'266.05) beziffert würde, ergäbe sich doch diesfalls ein - ebenfalls nicht rentenbegründender - Invaliditätsgrad von 28 % [(Fr. 55'278.65 - Fr. 39'949.50) : Fr. 55'278.65].

5.????? Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Ergebnis gelangt ist, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente mehr hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

6.????? Bei der Beschwerdeführerin sind die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt. In Bewilligung des Gesuchs vom 7. Februar 2012 (Urk. 1 S. 2) ist ihr deshalb für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und in der Person von Rechtsanwalt Dr. Ivo Zellweger, Baden, ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen.

E. 3

Eventuell seien durch das Versicherungsgericht des Kantons Zürich weitere medizinische Abklärungen, insbesondere ein Obergutachten in psychiatrischer Hinsicht, anzuordnen.

E. 4

Subeventuell sei die Angelegenheit zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 5

Es sei der Beschwerdeführerin für das versicherungsgerichtliche Verfahren die volle unentgeltliche Rechtspflege zu erteilen und der unterzeichnete Anwalt als deren unentgeltlichen Rechtsbeistand zu ernennen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.?

??????? Die Beschwerdegegnerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 16. März 2012 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Dies wurde der Beschwerdeführerin am 20. März 2012 mitgeteilt (Urk. 9).

3.????? Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1???? Invalidit?t ist die voraussichtlich bleibende oder l?ngere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunf?higkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes ?ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidit?t kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes ?ber die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunf?higkeit ist der durch Beeintr?chtigung der k?rperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsm?glichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). F?r die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunf?higkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeintr?chtigung zu ber?cksichtigen. Eine Erwerbsunf?higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht ?berwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2???? Anspruch auf eine Rente haben gem?ss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a.? ihre Erwerbsf?higkeit oder die F?higkeit, sich im Aufgabenbereich zu bet?tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern k?nnen;

b.? w?hrend eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunf?hig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c.? nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

???????? Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invalidit?tsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invalidit?tsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invalidit?tsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invalidit?tsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3???? Um den Invalidit?tsgrad bemessen zu k?nnen, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ?rztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verf?gung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der ?rztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bez?glich welcher T?tigkeiten die versicherte Person arbeitsunf?hig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ?rztlichen Ausk?nfte eine wichtige Grundlage f?r die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden k?nnen (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

???????? Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu pr?fen, unabh?ngig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverl?ssige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu w?rdigen und die Gr?nde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ?rztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grunds?tze entscheidend, ob es f?r die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden ber?cksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei

7.2???? Ausgangsgemäss ist der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Zellweger, aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Mit Honorarnote vom 14. Mai 2013 hat Rechtsanwalt Dr. Zellweger einen Aufwand von 9,45 Stunden und Barauslagen von Fr. 47.50 geltend gemacht (Urk. 13). Dies erscheint als den Umständen des Falles angemessen. Hingegen besteht kein Anlass, um vom gerichtsblichen Ansatz von Fr. 200.-- pro Stunde abzuweichen. Die Entschädigung ist damit auf Fr. 2'092.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen.

7.3???? Kommt die Beschwerdeführerin künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann sie das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

Das Gericht beschliesst:

????????? Der Beschwerdeführerin wird die unentgeltliche Prozessführung bewilligt, und es wird ihr für das vorliegende Verfahren Rechtsanwalt Dr. Ivo Zellweger, Baden, als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt,

und erkennt:

1.????????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.????????? Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3.????????? Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Ivo Zellweger, Baden, wird mit Fr. 2'092.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4.????????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Ivo Zellweger
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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.