

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00960 vom 17. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00960

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00960 du 17 décembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00960 del 17 dicembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Mit Verfügung vom 4. Januar 2006 (Urk. 14/21) sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der 19.. geborenen und zuletzt als Produktionsmitarbeiterin bei der Y. ___ Schweiz AG (Urk. 14/26) tätig gewesenem X. ___ nach totaler Thyreoidektomie eine halbe Rente der Invalidenversicherung mit Wirkung ab 1. Oktober 2005 zu. Nachdem im Rahmen des im November 2006 veranlassten Revisionsverfahrens (Urk. 14/24) eine Begutachtung der Versicherten am Z. ___ erfolgt war (Gutachten vom 8. April 2008, Urk. 14/41), hob die IV-Stelle die Rente mit Verfügung vom 22. September 2008 (Urk. 14/52) auf. Die dagegen gerichtete Beschwerde vom 23. September 2008 (Urk. 14/53) hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 15. Februar 2010 (Urk. 14/58) in dem Sinne gut, als es die IV-Stelle zu ergänzenden medizinischen Abklärungen verpflichtete.

1.2. In Nachachtung dieses Urteils zog die IV-Stelle weitere medizinische Berichte bei (Urk. 14/62, 14/64) und liess X. ___ am 12. bzw. 14. Oktober 2010 in der MEDAS B. ___ interdisziplinär begutachten (Expertise vom 28. März 2011, Urk. 14/71). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 14/84-105), anlässlich dessen das Schreiben von Dr. med. A. ___, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 2. April 2012 zu Händen des Rechtsvertreters der Versicherten (Urk. 114/101) aufgelegt worden war, verfügte die IV-Stelle die Rentenaufhebung per Ende Oktober 2008 (Verfügung vom 20. Juli 2012, Urk. 2).

2. Hiergegen liess X. ___ am 14. September 2012 durch Rechtsanwalt Kurt Balmer Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr in Bestätigung der bisherigen Verfügung von Januar 2006 weiterhin eine halbe IV-Rente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um Bestellung von Rechtsanwalt Kurt Balmer zum unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 1). Am 1. Oktober 2012 liess die Beschwerdeführerin - vom hiesigen Gericht zur Einreichung eines lesbaren Exemplars aufgefordert (Verfügung vom 19. September 2012, Urk. 4) - den Bericht von Dr. med. C. ___, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. September 2012 (Urk. 8/1) sowie das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 7) mitsamt Beilagen (Urk. 8/3-22) auflegen. Mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2012 (Urk. 13 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 14/1-110) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, wovon die Beschwerdeführerin in Kenntnis gesetzt wurde (Mitteilung vom 22. Oktober 2012, Urk. 15).

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Im angefochtenen Entscheid hielt die Beschwerdegegnerin dafür, die von der MEDAS-B. aus psychiatrischer Sicht attestierte Einschränkung von 20 % habe als überwindbar zu gelten, weshalb von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen sei. Damit sei sie in der Lage, ein Invalideneinkommen von Fr. 53'607.-- zu erzielen, was verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 55'831.-- zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 4 % führe (Urk. 2). Hiergegen brachte die Beschwerdeführerin insbesondere vor, der psychiatrische Gutachter habe den Gegebenheiten, dass sie sich regelmässig auf die Notfallstation begeben müssen und während der Arbeit sowie zu Hause immer wieder stürze, keine Beachtung geschenkt (Urk. 1 S. 2). Dass die psychiatrische Beurteilung offensichtlich nicht richtig sei, ergebe sich aus der neu aufgelegten, detaillierten Beurteilung von Dr. C., welcher eine schwere Depression als Folge der gesamten Krankengeschichte bestimme. Mithin sei die zwischenzeitlich sistierte Rente weiterhin zu bestimmen (Urk. 1 S. 3).

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).

2.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (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 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

(in leicht suppressiver Dosierung) angewiesen. Er hielt ab dem 6. Mai 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als gegeben und erklärte, erfahrungsgemäss sei innerhalb von sechs bis zwölf Monaten eine vollständige Arbeitsfähigkeit erreichbar, wobei kleinere Einschränkungen (nur leichte bis mittelschwere Gewichte bis 25 kg, keine Arbeiten über Kopfhöhe) zu beachten seien. In psychischer Hinsicht seien Konzentrationsvermögen, Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit vorübergehend - in der Regel nicht länger als sechs bis zwölf Monate - wohl etwas eingeschränkt (Urk. 14/13/6).

3.2.3.1 Im Oktober 2005 (undatiertes Schreiben, Urk. 14/17/3) erklärte Dr. D. ____, die Beschwerdeführerin habe sich vom 7. Mai bis zum 6. Juni 2005 für Spezialabklärungen in stationärer Behandlung befunden, weshalb vorübergehend eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden habe. Seit dem 7. Juni 2005 sei sie bis auf Weiteres zu 50 % arbeitsfähig.

3.2.4.1 Auch Dr. E. ____, attestierte ab dem 6. Juni 2005 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 14/11/15).

3.2.5.1 In Beantwortung der Fragen der Beschwerdegegnerin, wie hoch die Arbeitsfähigkeit einzuschätzen und worin eine allfällige Leistungseinschränkung begründet sei (Urk. 14/18), antwortete Dr. D. ____ im November 2005 (Urk. 14/19/4), es bestehe nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die Substitution der Schilddrüsenhormone gestalte sich sehr schwierig. Bei (labormässig) optimaler Dosierung klage die Beschwerdeführerin über multiple Beschwerden wie Schlaflosigkeit und extreme Nervosität. Bei ungenügender Substitution beklage sie demgegenüber Adynamie. Derzeit erfolge noch einmal eine sehr langsame Steigerung der Hormonsubstitution.

3.2.6.1 Dr. med. G. ____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), bezeichnete die Einschätzung von Dr. D. ____ als nachvollziehbar, weshalb weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen und eine Revision in neun Monaten vorzusehen sei (Stellungnahme vom 3. Januar 2006, Urk. 14/20/3).

3.3.1.1 Nach der Rentenzusprache vom 4. Januar 2006 stellte sich die medizinische Aktenlage wie folgt dar:

3.3.1.1.1 Dr. D. ____ notierte am 24. November 2006 (Urk. 14/27/2) einzig, im Vergleich zum Vorbericht seien Diagnose und Gesundheitszustand unverändert und die Beschwerdeführerin weiterhin halbtags (50 %) in ihrer angestammten Tätigkeit arbeitsfähig.

3.3.2.1 Mit Bericht vom 14. Mai 2007 (Urk. 14/28) nannte Dr. D. ____ erstmals eine depressive Verstimmung, bestehend seit dem Jahr 2007, und notierte, die Schilddrüsenfunktion müsse weiterhin total unterdrückt werden. Die Beschwerdeführerin leide vermehrt unter Müdigkeit, Oedemen im Gesicht und an Händen, sowie unter Schlafstörungen und habe eine sehr trockene Haut. Ein Tumorrezidiv bestehe nicht (Urk. 14/28/3). Dr. D. ____ führte aus, das TSH sollte eigentlich maximal supprimiert werden, um ein Rezidiv zu verhindern, was aber wegen ausgeprägter Nebenwirkungen nur suboptimal möglich sei. Sie bezeichnete den gesundheitlichen Zustand als stationär und notierte in Bezug auf die medizinische Beurteilung der Ressourcen, leichtes Tragen (bis 5 kg) sei sehr oft möglich. Ebenso seien

leichtes Hantieren, Handrotationen, Rotationen, vorgeneigtes Sitzen und Gehen, Knien, länger dauerndes Sitzen sowie das Gehen bis zu 50 m sehr oft möglich. Die psychischen Ressourcen betrachtete die Hausärztin als nicht eingeschränkt (Urk. 14/28/4-5). Sie hielt dafür, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (in bisheriger Tätigkeit) betrage seit dem 7. Juni 2005 50 %. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen auf über 50 % sei in nächster Zukunft nicht möglich (Urk. 14/28/4).

3.3.3  Am 17. Juli 2007 (Urk. 14/32/1) berichtete Dr. E.____, die Hormonsubstitution sei mit Euthyrox 125 m g/täglich leicht reduziert worden. Ansonsten präsentierte sich der Verlauf günstig und ohne Hinweise auf ein Tumorrezidiv.

3.3.4  Am 8. April 2008 erstattete das Z.____ das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten (Urk. 14/41/1-19), wozu sich die Gutachter auf die zur Verfügung gestellten (Urk. 14/41/1-4) sowie nachträglich eingegangenen (Urk. 14/41/4-6) Akten sowie auf die anlässlich der Untersuchung während des stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin vom 18. bis zum 22. Februar 2008 erhobenen Befunde und Aussagen stützten.

         Gegenüber den Gutachtern berichtete die Beschwerdeführerin, sie fühle sich seit der Schilddrüsenoperation zunehmend müde und apathisch. Zudem leide sie an Kopfschmerzen und habe eine psychische Veränderung erfahren. Es sei sehr schwierig, die Hormonsubstitution korrekt durchzuführen, fühle sie sich doch müde, wenn der Spiegel zu tief sei. Hingegen zittere sie am ganzen Körper bei zu hohem Blutwert. Seit Februar 2005 sei sie beim bisherigen Arbeitgeber mit einem Pensum von 50 % tätig, müsse aber keine schweren Arbeiten mehr erledigen und arbeite nur noch am Nachmittag (Urk. 14/41/8).

         Dr. med. H.____, Innere Medizin, erhob einen unauffälligen internistischen Befund. Er hielt dafür, dass bei euthyreoten Schilddr senwerten eine vollständige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könnte. Nach dreijährigem rezidivfreiem Intervall sei die Prognose gut. Demgegenüber könnten die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden organisch nicht erklärt werden (Urk. 14/41/10). Aus den Aufzeichnungen ergibt sich sodann, dass die Gutachter über einen Bericht von Dr. E.____ vom 23. April 2007 verfügten (Urk. 14/41/5-6). Darin hatte der Arzt notiert, dass sich nach stufenweiser Reduktion der Schilddr senhormonsubstitution auf Euthyrox 125 m g/täglich weiterhin eine ad quate TSH-Suppression bei unverändert klinischer teils depressiver Symptomatik finde. Versuchsweise sei ein Antidepressivum (Cipralex) verschrieben worden (Urk. 14/41/6).

         Der Psychiater Dr. med. I.____ notierte, die Beschwerdeführerin habe während der ganzen Untersuchung einen angespannten und ernsthaften Eindruck erweckt. Ihre Mimik sei wenig moduliert, sie wirke ängstlich und besorgt. Der affektive Rapport habe aber gut hergestellt werden können. An larviert depressiven Symptomen habe die Beschwerdeführerin Schlafstörungen genannt. Ihr Appetit sei m ssig, die sozialen Kontakte gut. Sie habe weder ein Hobby, noch treibe sie Sport. Die Beschwerdeführerin stehe täglich um 6 Uhr auf, mache Frühstück und besorge dann so gut als möglich den Haushalt (Urk. 14/41/12), wobei ihr die Kinder, nicht aber ihr Ehemann, zur Hand gingen. Am Nachmittag gehe sie dann zur Arbeit. Dr. I.____ führte weiter aus, kognitive Einschränkungen hätten sich keine gezeigt, die formalen Gedankengänge seien

kohärent. Dafür zeige die Beschwerdeführerin eine deutliche hypochondrische Komponente, indem sie viel an ihrer Krankheit herumstudiere und sich vor einem Rezidiv der Krankheit fürchte. Daher sei sie auch froh, am Nachmittag arbeiten zu können. Die Arbeit lenke sie von den schwarzen Gedanken ab. Der Psychiater erhob die Diagnose einer hypochondrischen Störung (ICD-10: F45.2), DD: Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) (Urk. 14/41/13). Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe offensichtlich die erlittene Krankheit psychisch nicht adäquat verarbeiten können. Ihre Reaktionen zeigten eine Mischung zwischen ängstlichen und depressiven sowie deutlich hypochondrischen Zügen, eine Angst, ihre Krankheit könne wieder aufflammen. Zudem weigere sie sich, sich mit den neuen Lebensumständen abzufinden, mit Reaktionen histrionischer Art mit psychosomatischen Symptomen wie Gefühlsstörungen, Herzklopfen, Herzstechen, Zittern, Schluckbeschwerden und Atemnot, welche sekundär zu einer Angstverstärkung führten. All diese Reaktionen könnten auf rein psychologischer Ebene verstanden werden (Urk. 14/41/14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In zusammenfassender Beurteilung hielten die Gutachter fest, subjektiv habe die Beschwerdeführerin den Eindruck, die Substitutionsbehandlung sei schwer einstellbar. Gemäss aktuellem Laborbefund sei die Substitutionsmedikation derzeit aber gut eingestellt. Aus somatischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Demgegenüber liege eine psychische Fehlverarbeitung vor. Insgesamt komme der psychosomatischen und hypochondrischen Entwicklung ein gewisser Krankheitswert zu, welcher mit 30 % zu bewerten sei (Urk. 14/41/16-17). Dabei bleibe anzumerken, dass sich gegenüber der Vorbeurteilung, welche zu einer halben Rente geführt habe, keine wesentliche Veränderung medizinischer Art ergeben habe. Die Gutachter notierten schliesslich, ihrer Ansicht nach spielten soziale Faktoren (invalidierter Ehemann, Kinder, Haushaltsarbeit und erwerbliche Tätigkeit) bei der psychiatrischen Symptomatik mit. Eine Steigerung des derzeitigen Arbeitspensums sowie die Überwindung des hypochondrischen und psychischen Leidens sei zumutbar (Urk. 14/41/17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die bisherige Einschätzung erklärten die Gutachter abschliessend, die Beschwerdeführerin sei bereits nach der Operation gut substituiert gewesen. Retrospektiv beurteilt sei klar, dass die multiplen, schon damals geklagten Beschwerden nur im Rahmen der Krankheits Fehlverarbeitung und hypochondrisch-psychosomatischen Entwicklung verstanden werden könnten. Damit könne die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit nicht mehr aufrechterhalten werden (Urk. 14/41/18).

3.3.5 Ä Ä Am 1. April 2010 (Urk. 14/62) erklärte Dr. D.____, die Beschwerdeführerin klagte unverändert über eine Energielosigkeit, ohne dass es im Verlauf zu einer Verbesserung gekommen wäre. Betriebsintern sei ein Arbeitsplatzwechsel vorgenommen worden, so dass nur noch körperlich leichte Arbeiten zu verrichten seien. Es bestehe bis auf Weiteres eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 14/62/3).

3.3.6 Ä Ä Dr. E.____ hielt dafür (Bericht vom 1. April 2010, Urk. 14/64), die Prognose sei ausgezeichnet bei einer Rezidivgefahr von 10 bis 15 %. Mit Ausnahme einer leichten Einschränkung in Bezug auf schwere Hebetätigkeiten bestehe für körperliche Arbeiten keine wesentliche Einschränkung, so dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit im Umfang von ca. 80 % zumutbar sei.

3.3.7. Am 28. März 2011 erstattete die MEDAS B. ___ ihr interdisziplinäres Gutachten (Urk. 14/71), welches sich auf die anlässlich der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 12. und 14. Oktober 2010 gemachten Angaben und erhobenen Befunde, auf die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Unterlagen (Urk. 14/71/2-12) sowie auf die Teilgutachten in internistisch/endokrinologischer (Urk. 14/71/25-28) und psychiatrischer (Urk. 14/71/29-40) Hinsicht stützt.

Anlässlich der Anamneseerhebung gab die Beschwerdeführerin an, dass es nicht mehr so wie vor der Operation sei. Vorher sei sie nicht nur zu 100 % in einem strengeren Rayon als jetzt tätig, sondern daneben auch noch vollumfänglich Hausfrau und Mutter gewesen. Nun aber könne sie nur noch mit allerletzter Kraft im am wenigsten anstrengenden Sektor mit einem Pensum von 50 % arbeiten. Zu Hause könne sie beinahe nichts mehr tun. Sie sei sehr müde und habe einfach keine Kraft mehr. Verbunden mit der Kraftlosigkeit seien vor allem Kopfschmerzen, unter welchen sie seit der Operation fast täglich leide und die seit den vergangenen sechs Jahren immer etwa gleich geblieben seien (Urk. 14/71/15). Sie sei nicht psychisch krank, sondern die Tatsache, dass sie keine Kraft habe, mache sie invalid (Urk. 14/71/16).

Der Allgemeinstatus der Beschwerdeführerin zeigte sich unauffällig (Urk. 14/71/18), und die Laborbefunde waren mit Ausnahme eines erhöhten Gesamtcholesterins normal (Urk. 14/71/19). Dr. med J. ___, Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie FMH, erklärte, das Attest einer Arbeitsunfähigkeit vom Zeitpunkt der Diagnose Mitte Oktober 2004 bis nach beiden Schilddrüsenoperationen und Radiojod-Elimination, also bis etwa Februar 2005, sei korrekt mit 100 % beziffert worden. Ebenso rechtfertigte sich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis nach der zweiten (gewollten) Hypothyreose und der Kontrolluntersuchung mittels Radiojod, also bis etwa im Juni 2005. Die Arbeitsunfähigkeit hätte danach aber schrittweise auf 0 % reduziert oder anders als im Rahmen des Schilddrüsenengeschehens begründet werden müssen. Der Gutachter hielt dafür, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin als Mitarbeiterin in einer Grossbäckerei sowie für alle anderen in Frage kommenden Verweisungstätigkeiten aus seiner Sicht ab dem 1. August 2005 bis heute mit 0 % zu beziffern sei (Urk. 14/71/28). Die von der Hausärztin der Beschwerdeführerin darüber hinaus attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei zwei Jahre nach Entfernung des follikulären Schilddrüsenkarzinoms aus rein endokrinologischer Sicht nicht mehr zu begründen, sondern wirke sich ebenso wie Privilegien (Dispensation von der Nacharbeit, ständige Schonung und Laborkontrollen) kontraproduktiv aus, da dadurch das Gefühl, an einer ärztlichen Krankheit zu leiden, bei prädisponierten Patienten verfestigt werde. Konkret hätten mangelnde Vertrauen, eventuell vorhandene Sprachschwierigkeiten, mangelnde Bildung, eine leichte Depression und die gut gemeinte Hilfe der Mitmenschen zur suboptimalen Entwicklung der vollständigen beruflichen Wiedereingliederung beigetragen. Die von der Hausärztin mit subjektiven Klagen im Jahr 2010 begründete persistierende 50%ige Arbeitsunfähigkeit sowie die gleichentags attestierte 20 bis 30%ige Arbeitsunfähigkeit von Seiten des Nuklearmediziners, erklärt durch eine leichte Einschränkung schwerer Hebetätigkeiten - kurz nach der Schilddrüsenoperation zu Recht empfohlen -, entbehre in diesem Zeitpunkt jeglicher Grundlage. Demgegenüber sei es korrekt, nach mehr als fünf Jahren Rezidivfreiheit die L-Thyroxindosis von einer Suppressionsdosis auf die normale Dosis an fehlendem Schilddrüsenhormon herunterzusetzen (Urk. 14/71/26-27).

Dr. J. ___ hielt sodann fest, das im November 2004 diagnostizierte follikuläre Schilddrüsenskarzinom könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit als geheilt betrachtet werden (Urk. 14/71/27). Aktuell bestehe klinisch und labormässig eine Euthyreose unter adäquater Substitutionstherapie, während eine fassbare Korrelation mit den subjektiven Empfindungen (Müdigkeit, Schwäche, Kopfweg) fehle. Ebenso sei das papilläre Schilddrüsenskarzinom links mit praktischer Sicherheit geheilt (Urk. 14/71/28).

Dr. med. K. ___, FMH Psychiatrie, Psychotherapie, diagnostizierte eine ängstlich depressive Anpassungsstörung, deren Ausprägungsgrad und Intensität höchstens einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F33.0) entspreche. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete der Gutachter psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54). Er notierte, abgesehen von Schlafstörungen seien keine depressiven Symptome zu erheben gewesen. Die Beschwerdeführerin habe bei der klinischen Untersuchung psychisch kompensiert gewirkt, wobei sie einen Rest von Misstrauen gegenüber dem Experten nicht habe ablegen können und in der Psychomotorik zurückhaltend gewesen sei. Sie habe nur bruchstückhaft Auskunft gegeben, und es sei gut spürbar gewesen, dass ihr die psychiatrische Untersuchung unangenehm gewesen sei. Immer wieder habe sie betont, nicht psychisch, sondern körperlich krank zu sein. Die Beschwerdeführerin habe einen mäßigen Eindruck hinterlassen, sich subjektiv aber nicht depressiv gefühlt (Urk. 14/71/35). Dr. K. ___ hielt im Weiteren fest, die von der Hausärztin im Jahr 2007 diagnostizierte depressive Verstimmung sei vor dem Hintergrund der aktuellen klinischen Untersuchung ebenso nachvollziehbar, wie deren Feststellung, eine Einschränkung in Bezug auf das Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie die Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit bestehe nicht (Urk. 14/71/36). Ebenso könne der vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnose der ängstlich depressive Anpassungsstörung gefolgt werden, deren Ausprägungsgrad und Intensität jedoch höchstens einer leichten depressiven Episode entsprechen und sich bei den alltäglichen Verrichtungen eher geringgradig auswirkten, weil die kognitiven Funktionen, die Affektivität und der Antrieb der Beschwerdeführerin davon nicht betroffen seien. Das im familiären Kontext gezeigte Schon- und Rückzugsverhalten der Beschwerdeführerin lasse sich alleine durch die Depressivität nicht erklären. In Anbetracht dessen, dass sie in der Lage sei, in einem 50%-Pensum bei der Y. ___ AG zu arbeiten, sei die Unfähigkeit, keine Haushaltsarbeiten verrichten zu können, psychiatrisch nicht nachvollziehbar. Soweit die geklagte Kraftlosigkeit und Müdigkeit aus somatischer Sicht nicht genügend zu erklären seien, sei davon auszugehen, dass neben der leichten Depression krankheitsfremde Faktoren wie psychische Dekonditionierung und soziokulturelle Faktoren eine Rolle spielten. Dr. K. ___ notierte, trotz leicht erhöhter Ermüd- und Erschöpfbarkeit sei die Beschwerdeführerin fähig gewesen, dem Gespräch gut zu folgen und sich kontextgerecht zu verhalten. Unter der Annahme, dass die beklagten Müdigkeits- und Kraftlosigkeitsgefühle zum Teil Ausdruck der Depression seien, könne nur eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch vermehrte Ruhepausen begründet werden. Mithin sei der Einschätzung der Vorgutachter, welche von einer Restarbeitsfähigkeit von zumindest 70 % ausgegangen seien, zu folgen, wobei sich das psychische Leiden im Vergleich zur Erstbegutachtung leicht verbessert habe, zeige doch die Beschwerdeführerin eine weniger ausgeprägte Disstresssymptomatik (Urk. 14/71/37). Damit sei nunmehr in der Tätigkeit

als Fabrikarbeiterin von einer Restarbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen, wobei sich die Arbeitsfähigkeit weder durch eine psychopharmakologische noch durch eine psychotherapeutische Behandlung verbessern lasse, weil die Beschwerdeführerin aufgrund ihres soziokulturellen Hintergrunds und ihres Krankheitsmodelles einer solchen Behandlung nicht zugänglich sei (Urk. 14/71/38). Mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin geklagten Kopfschmerzen erklärte Dr. K. ____, diese seien weder in einer psychiatrischen Erkrankung begründet, noch psychisch überlagert, weshalb sie am ehesten unter psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54) zu diagnostizieren seien und mittels zumutbarer Willensanstrengung als überwindbar zu gelten hätten (Urk. 14/71/38-39). Damit ergebe sich zusammengefasst eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % sowohl als Fabrikmitarbeiterin als auch in einer Verweisungstätigkeit und im Haushalt (Urk. 14/71/39). Zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hielt der Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin erstmals im Jahr 2008 psychiatrisch untersucht worden und die Depression wahrscheinlich bereits nach der Operation im Jahr 2004 leicht krankheitswirksam gewesen sei. Sie sei aber von der Schilddrüsenunterfunktion, welche ähnliche Symptome wie eine Depression generieren könne, überlagert worden (Urk. 14/71/40).

3.3.8.8 Dr. D. ____, notierte am 24. August 2011 (Urk. 14/72), der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe seit der Schilddrüsenoperation (16.11.2004; 2.12.2004, ab 11.01.2005 Bestrahlung) nie mehr den Vorzustand erreicht. Es persistiere eine Schwäche, welche in letzter Zeit unverändert sei und nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % zur Folge habe.

3.3.9.8 Dr. C. ____, ab 18. Juni 2012 behandelnder Psychiater der Beschwerdeführerin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 13. September 2012 (Urk. 14/109/3-9) eine Schmerzverarbeitungsstörung mit chronischem Schmerzerleben (ICD-10: F45.8), eine deutliche neurasthenische depressive Überlagerung (ICD-10: F38.8) sowie latente hypochondrische Ängste. Sodann notierte er, das Beck-Depressions-Inventar habe einen Wert von 28 Punkten ergeben, was in den Bereich einer schweren Depression falle (Urk. 14/109/7). Zwar sei die Zeit seit Behandlungsbeginn im Juni 2012 noch zu kurz, um die Verlaufsscharakteristik der Depression klar zu bestimmen. Gestützt auf die Aussagen der Beschwerdeführerin sei die depressive Verstimmung seit der Operation und der folgenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes noch deutlicher geworden. Schwerste Krisen hätten sich nicht abgezeichnet, aber es werde von einem steten Abnehmen der Befindlichkeit berichtet. Mithin handle es sich um ein Geschehen, welches sekundär zu gesundheitlichen Störungen im somatischen Bereich als Residuum von massiven therapeutischen Massnahmen und misslungener Krankheitsverarbeitung entstanden sei, jedoch deutlich schwerer wiege als eine Dysthymie, und weder rezidivierend noch episodisch sei. Daher habe er die Codierung ICD-10: F38.8 gewählt (Urk. 14/109/8). Aufgrund der von ihm erhobenen Beeinträchtigungen schätzte Dr. C. ____, die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auf zumindest 65 bis 70 %, wobei die Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nur unwesentlich höher sei. Gelegentlich könnten auch Haushaltsarbeiten erledigt werden. In diesem Bereich bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 55 % (Urk. 14/109/9).

4.1 Nachdem Dr. E. ___ nach operativer Behandlung des Schilddrüsenskarzinoms vorerst von einer vollständigen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin innert sechs bis zwölf Monaten ausgegangen (E. 3.2.2), eine solche aber im November 2005 - und damit zehn Monate nach dem letzten therapeutischen Eingriff, der Radiojodelimination (E. 3.2.1) - noch nicht erreicht gewesen war (E. 3.2.5), gewährte die Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung von Dr. D. ___ vom November 2005 (E. 3.2.5), und damit auf eine Gesundheitseinschränkung in somatischer Hinsicht abstellend (vgl. Stellungnahme des RAD, E. 3.2.6), der Beschwerdeführerin am 4. Januar 2006 eine halbe Rente der Invalidenversicherung mit Wirkung ab 1. Oktober 2005. Entgegen der ausgezeichneten Prognose (E. 3.2.2, E. 3.3.3) hielt die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. D. ___, wie schon im Bericht vom 14. Mai 2007 (E. 3.3.2) am 1. April 2010 (E. 3.3.5) unverändert eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für ausgewiesen (E. 3.3.4) und ergab sich bei der gleichentags ergangenen Einschätzung von Dr. E. ___ eine Arbeitsfähigkeit von ungefähr 80 % (E. 3.3.6), während die Gutachter des Z. ___ die geklagten Beschwerden für organisch nicht erklärbar gehalten und eine Einschränkung aus somatischer Sicht verneint hatten (E. 3.3.4). Gestützt auf die durch die Beschwerdegegnerin ergänzte Aktenlage steht nunmehr aber eindeutig fest, dass sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht mehr rechtfertigt. Hinweise dafür, dass nicht auf die nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. J. ___ abgestellt werden könnte, sind nicht aktenkundig und wurden von der Beschwerdeführerin denn auch weder behauptet noch dargetan. Der Gutachter legte gestützt auf eigene Untersuchungen und in Auseinandersetzung mit den Vorakten schlüssig dar, dass das zwischenzeitlich als geheilt zu betrachtende Schilddrüsenskarzinom weder im Rahmen des Belastungsprofils noch anderweitig bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu beachten sei, sondern im Gegenteil eine Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht sich nicht mehr begründen lasse (E. 3.3.7 3. Abschnitt). Soweit Dr. J. ___ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bereits ab 1. August 2005 als wieder gegeben erachtete, ist darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Teilgutachter Dr. K. ___ auf eine Überlagerung der Depression durch die Schilddrüsenunterfunktion nach der Operation hinwies (E. 3.3.7 4. Abschnitt), und sich - nachdem die Hausärztin der Beschwerdeführerin zwar im Jahr 2007 erstmals von einer depressiven Verstimmung berichtet, deren psychischen Ressourcen im Mai 2007 aber noch als uneingeschränkt bezeichnet hatte (E. 3.3.2) - erst durch das Gutachten des Z. ___ vom 8. April 2008 erhärtete (E. 3.3.4), dass es an einer Beeinträchtigung aus somatischer Sicht fehle. Angesichts dieser Gegebenheiten kann eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht erst ab dem Zeitpunkt der Begutachtung der Beschwerdeführerin durch das Z. ___ im Frühjahr 2008 zugrunde gelegt werden.

Mithin ist aktenkundig ausgewiesen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im massgeblichen Zeitraum (ab Januar 2006; E. 2.3) in physischer Hinsicht erheblich verbessert hat. Dass andere, die Arbeitsfähigkeit in relevanter Weise einschränkende Beschwerden somatischen Ursprungs im fraglichen Zeitraum vorgeherrscht hätten, brachte die Beschwerdeführerin weder substantiiert vor, noch lässt sich solches aus den Behandlungsdaten des Spitals L. ___ (Urk. 3/2) oder aus den persönlichen Aufzeichnungen der Beschwerdeführerin über angebliche Stürze (Urk. 3/3) schliessen. Selbst wenn sich die von Dr. A. ___ genannte Verdachtsdiagnose einer Histamin-Unverträglichkeit bestätigen lassen sollte, begründete dies keine

andauernde Arbeitsunfähigkeit, wäre doch die Unverträglichkeit gemäss Angaben des Arztes einer Therapie zugänglich und bei erfolgreicher Therapie gar die Hypothese der Ängstlich-depressiven Anpassungsstörung - so Dr. A.____ - teilweise in Frage gestellt (Urk. 14/101).

Es ist damit darauf abzustellen, dass die Beschwerdeführerin seit Frühjahr 2008 aus somatischer Sicht wiederum uneingeschränkt arbeitsfähig ist.

4.2 Was sodann die psychische Situation der Beschwerdeführerin betrifft, ergibt sich ebenso wenig Anlass, von den im Gutachten der MEDAS B.____ genannten Feststellungen und Diagnosen abzuweichen. Dass der psychiatrische Gutachter Dr. K.____ - wie die Beschwerdeführerin behauptet (Urk. 1 S. 4) - nicht gehalten gewesen sei, detaillierte Abklärungen zu tätigen, da in jenem Zeitpunkt die Konzentration auf den rein somatischen Einschränkungen gelegen habe, entbehrt jeder Grundlage. So hatte - wie schon erwähnt - bereits die Hausärztin von depressiven Verstimmungszuständen berichtet, und hatte Dr. I.____ im Frühjahr 2008 der psychischen Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin einen gewissen Krankheitswert zugestanden (E. 3.3.4 4. Abschnitt), so dass die Begutachtung denn auch ausdrücklich allfällige Beeinträchtigungen in psychischer Hinsicht zum Gegenstand hatte (Urk. 14/65/3). Untersuchte der Gutachter Dr. K.____ die Beschwerdeführerin selber und legte nachvollziehbar sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten (vgl. insbesondere Urk. 14/71/36-37) dar, dass weder den Kopfschmerzen noch der hypochondrischen Störung Krankheitswert beizumessen sei (Urk. 14/71/38-39) und die Ängstlich depressive Anpassungsstörung nur eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit begründete (E. 3.3.7 4. Abschnitt), so ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprächen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Insbesondere vermag hieran die Einschätzung von Dr. C.____ nichts zu ändern (E. 3.3.9). Weder setzte sich der behandelnde Psychiater mit den vom psychiatrischen Gutachter erhobenen Befunden und Einschätzungen sowie den übrigen aufliegenden Akten auseinander, noch vermochte er nachvollziehbar darzulegen, weshalb eine fast vollständige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gegeben sein sollte. Ferner ist, entgegen den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber Dr. C.____ (E. 3.3.9), eine Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes durch die medizinischen Unterlagen nicht ausgewiesen. Hinzu kommt schliesslich, dass die Beschwerdeführerin unverändert in einem 50%-Pensum beim bisherigen Arbeitgeber tätig ist und mit diesem Teilpensum erheblich mehr zu verdienen scheint, als ursprünglich zugrunde gelegt (vgl. Urk. 7, Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit, Ziff. III, Einkommen i.V. mit Urk. 8/6 und Urk. 8/21). Die Ausführungen von Dr. C.____ sind mithin nicht geeignet, das von Dr. K.____ erstellte psychiatrische Teilgutachten in Zweifel zu ziehen. Was schliesslich die pauschale Kritik der Beschwerdeführerin gegen die MEDAS B.____ betrifft (Urk. 1 S. 2), so erübrigen sich dazu mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung weitere Ausführungen (vgl. insbesondere Urteil 9C_400/2010 vom 9. September 2010). Soweit in den medizinischen Unterlagen Differenzen bestehen, lassen sich diese zudem durch die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zwanglos erklären (Urteil 9C_400/2010 E. 5.2. mit Hinweisen).

Zusammenfassend ist damit die von Dr. K.____ erhobene Diagnose einer Ängstlich depressiven Anpassungsstörung, deren Ausprägungsgrad und Intensität

höchstens einer leichten depressiven Episode entsprechen (E. 3.3.7 4. Abschnitt), zugrunde zu legen. Wird bei affektiven Störungen im Kontext mit belastenden Lebensereignissen eine Anpassungsstörung dann diagnostiziert, sofern selbst die Diagnose einer leichten depressiven Episode nicht möglich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.2 in fine), und handelt es sich sowohl bei der Anpassungsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2; 9C_133/2011 vom 29. April 2011 E. 3.2) als auch bei der depressiven Episode (Urteil 9C_808/2011 vom 19. März 2012 E. 3.2) um ein vorübergehendes und damit nicht invalidisierendes psychisches Leiden, so vermag die von Dr. K. erhobene psychiatrische Beeinträchtigung eine andauernde Arbeitsunfähigkeit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht zu begründen. Nichts anderes kann für die von Dr. I. erhobene Diagnose der hypochondrischen Störung gelten, zumal Dr. K. dieser Störung keinen grossen Krankheitswert beimass (Urk. 14/71/39). Hinzu kommt, dass nicht bloss Dr. K. (E. 3.3.7 4. Abschnitt), sondern auch schon die Gutachter des Z. (E. 3.3.4 5. Abschnitt) auf krankheitsverstärkende soziokulturelle Faktoren hingewiesen hatten. Solche sind aber von vornherein als invaliditätsfremde Gesichtspunkte auszuschneiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_176/2011 vom 29. Juni 2011 E. 4.1; BGE 127 V 294 E. 5a S. 299, 8C_183/2012 E. 7). Es ergibt sich damit, dass auch aus psychischer Sicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in bisheriger sowie in jeder anderen Tätigkeit ab der Begutachtung durch das Z. im Frühjahr 2008 auszugehen ist (E. 3.3.7 4. Abschnitt).

4.3 Fehlt es sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht an einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, so ist die Aufhebung der Rente durch die Beschwerdegegnerin auf Ende Oktober 2008 (Urk. 14/52) rechtens. Dies führt zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

E. 5

5.1 Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuch stellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch die Möglichkeit, vom Ehegatten auf Grund der ehelichen Unterhaltspflicht (Art. 163 ZGB) einen angemessenen Prozesskostenvorschuss zu erhalten. In zweiter Linie ist zu prüfen, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt. Erst in dritter Linie ist die Gesuch stellende Person sodann auf die allgemeine eheliche Beistandspflicht zu verweisen. Die Pflicht des Staates zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung geht der Unterhaltspflicht aus Familienrecht nach; entsprechend ist bei der Beurteilung der Bedürftigkeit das Einkommen beider Ehegatten zu berücksichtigen (BGE 115 Ia 193 E. 3a S. 195; 108 Ia 9 E. 3 S. 10). Erst wenn alle diese Mittel zur Finanzierung des Prozesses nicht ausreichen, ist die Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts gegeben (ZR 90 Nr. 82 S. 260).

5.2 Der für die Berechnung der prozessualen Bedürftigkeit massgebende monatliche Bedarf der Beschwerdeführerin setzt sich wie folgt zusammen: Grundbetrag

für ein Ehepaar Fr. 1'700.-- (inkl. Kosten für Elektrizität, vgl. Kreisschreiben der Verwaltungskommission des Obergerichts des Kantons Zürich an die Bezirksgerichte und die Betriebsämter betreffend Richtlinie für die Berechnung des betriebsrechtlichen Existenzminimums vom 16. September 2009, Ziffer II/3. und Ziffer III/1.1) und für zwei Kinder Fr. 1'200.-- (M., JG.: 9.; in Ausbildung, Urk. 8/11; N., JG.: ..), Wohnungsmiete Fr. 1'489.-- (Urk. 8/20, Urk. 7 S. 5, Urk. 12/1), anrechenbare Telekommunikationskosten Fr. 120.--, Prämien für Krankenkasse Fr. 627.20 (Urk. 8/8, 8/22), Prämie für Haftpflichtversicherung Fr. 37.-- (Urk. 7 S. 5). Insgesamt ergeben sich damit monatliche anrechenbare Auslagen in Höhe von Fr. 5'173.20.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mangels Nachweis dessen, dass die angeführten Schuldentilgungen für Kompetenzstücke im Sinne von Ziffer III. 5.2 der oben genannten Richtlinie geleistet werden, können diese vorliegend keine Berücksichtigung finden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin erzielt ein monatliches Einkommen von Fr. 2'974.-- (Urk. 8/6), während ihr Ehemann Rentenbeiträge in Höhe von monatlich 3'541.-- (Urk. 8/21) erhält. Von diesen Gesamteinnahmen von Fr. 6'515.-- verbleiben nach Abzug der laufenden monatlichen Steuerbeiträge von rund Fr. 305.-- (Fr. 287.--; Urk. 8/3; zusätzlich Bundessteuern gemäss Steuerberechnungsprogramm der Steuerverwaltung des Kantons Zürich [www.steuern.ch]: Fr. 216.-- pro Jahr, damit Fr. 18.-- monatlich) noch Fr. 6'210.-- zur Bestreitung der Lebenshaltungskosten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Abzug der Ausgaben von Fr. 5'173.20 sowie eines Freibetrages von Fr. 700.-- (Ehepaar: Fr. 500.-- und zwei Kinder Fr. 200.--) stehen der Beschwerdeführerin noch Fr. 336.80 pro Monat zur Verfügung. Damit fehlt es an der Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin, weshalb ihr Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Urk. 1) abzuweisen ist.

6. Ä 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), auf Fr. 800.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht beschliesst:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 14. September 2012 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird abgewiesen.

Sodann erkennt das Gericht:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Kurt Balmer
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

