

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00579 vom 20. Dezember 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-12-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.00579](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00579)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00579 du 20 décembre 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00579 del 20 dicembre 2007

## Erwägungen

### E. 2

/

### E. 3

3.1. Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin als teilerwerbstätige Hausfrau (mit einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 28 % und einem Anteil der Haushaltstätigkeit von 72 %) einzustufen und die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode vorzunehmen ist (vgl. Erwägung 2.3). Strittig und zu präzisieren ist jedoch das Ausmass ihrer Einschränkung in der Erwerbstätigkeit und im Haushalt.

3.2. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, das Gutachten des Zentrums Z. vom 5. April 2006 habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit noch eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % aufweise und im Haushaltsbereich eine solche von mindestens 50 % vorliege. Bei einer Erwerbstätigkeit in einem Pensum von 28 % bestehe bei der genannten Restarbeitsfähigkeit keine Erwerbseinbusse. Auf eine Haushaltabklärung vor Ort könne verzichtet werden. Dies unter Berücksichtigung, dass keine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Störung mit Krankheitswert vorliege, aber davon ausgegangen werden könne, dass die Psyche resp. das Verhalten der Beschwerdeführerin und ihrer Familie ganz im Vordergrund stehe und eine Abklärung bei diesem erheblich systemisch untermauerten sekundären Krankheitsgewinn keine objektiven Daten zu erheben vermöchte. Ausgehend von einer Einschränkung von 0 % im Erwerbsbereich (Anteil 28 %) und einer Einschränkung von 50 % im Haushaltsbereich (Anteil 72 %) ergebe sich ein Gesamtinvaliditätsgrad von 36 %.

3.3. Die Beschwerdeführerin lässt dagegen vorbringen, gemäss den Angaben von G., FMH für Neurologie, in seinem Bericht an B. vom 21. Juni 2006 (Urk. 3) sei sie vorläufig nicht arbeitsfähig. G. empfehle eine erneute psychiatrische Behandlung und überweise sie zur weiteren Abklärung in die Rheumaklinik des Spitals Y.. Die Schlussfolgerungen im Gutachten des Zentrums Z. vom 5. April 2006 würden vorsorglich bestritten. Sie sei zur Zeit auch für eine leidensangepasste Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Zudem sei sie aufgrund ihrer mangelnden Sprachkenntnisse auch kaum vermittlungsfähig. Eine neuerliche Haushaltüberprüfung sei ebenfalls nicht erfolgt, was gegen den Untersuchungsgrundsatz verstosse (Urk. 1 Seiten 2 und 3).

### E. 4

4.1. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin aufgrund eines leichten lumbospondylo-genen und thorakovertebralen Schmerzsyndroms

vom 14. Dezember 1999 bis 12. Januar 2000 in der Klinik für Rheumatologie des Spitals X. ambulant behandelt wurde. Die Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein konnten indessen durch Therapien und Medikamente nicht verbessert werden (Urk. 8/10/10). Anlässlich einer von C. am 19. November 2001 durchgeführten Computertomographie der Lendenwirbelsäule wurden eine schwere Osteochondrose, Spondylose und Spondylarthrose L5/S1 und eine breitbasige, leicht nach caudal subluzierte Hernie mit Einengung am Recessuseingang S1, eine links betonte foraminale Einengung L5/S1 und leichtere Degenerationen cranial von L5 festgestellt (Urk. 8/10/7). Im April 2002 kam es zu einer starken Schmerzverstärkung sowie zu einer Zunahme der Ausstrahlung ins rechte Bein. Die Beschwerdeführerin hielt sich deshalb vom 16. bis 26. April 2002 stationär in der Klinik für Rheumatologie des Spitals X. auf. Dort wurde die Symptomatik "bei nicht korrelierendem klinischem und bildgebendem Befund (Recessuseinengung S1)" als lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bzw. fibromyalgieformes Schmerzsyndrom der rechten Körperhälfte beurteilt, und es wurde mit aktiver und passiver Physiotherapie begonnen. Eine initiale Analgesie mit hochdosierten Opioiden ergab nur eine minimale Verbesserung, die Umstellung auf eine schmerzmodulierende Medikation mit Seropran und Saroten führte hingegen zu positiven Effekten, und aus Sicht der Ärzte des Spitals X. verbesserte sich die Symptomatik unter dieser Therapie "rasch und nachhaltig". In den Verlaufskontrollen fanden sich keine Zeichen für eine radikuläre Symptomatik. Die Beschwerdeführerin versparte jedoch im Verlauf Schmerzen in der rechten Körperhälfte, wobei diese in der klinischen Untersuchung als muskulär imponierten (Urk. 8/10/10-11).

#### E. 4.2

4.2.1 B. erhob in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 24./26. März 2003 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" ein lumbospondylogenes Syndrom bei/mit fibromyalgieformem Schmerzsyndrom rechte Körperhälfte, Osteochondrose, Spondylose und Spondylarthrose L5/S1 und Diskushernie mit Einengung am Recessuseingang S1 sowie eine depressive Verstimmung und unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" eine substituierte Hypothyreose. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär. In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungsangestellte (2,5 Stunden pro Tag) sei sie seit April 2002 zu 100 % arbeitsunfähig. Ein Wiedereinstieg ins Berufsleben sei wahrscheinlich nicht möglich (Urk. 8/10/1-6).

4.2.2 F. diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 1. Juni 2004 ein depressives Zustandsbild mit Antriebshemmung und somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), in diesem Ausmass bestehend seit ca. zwei Jahren. Der Verlauf sei unbefriedigend, das klinische Bild unverändert. Für die bisherige Tätigkeit als Hausfrau bestehe seit 2002 bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens zwei Dritteln. Die bisherige ausserhäusliche Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar (Urk. 8/25/1-2 und Urk. 8/25/5). Im übrigen verwies er auf seinen Bericht an B. vom 2. März 2004 (Urk. 8/25/3-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Darin erhob er ein mittelgradiges gehemmt-depressives Zustandsbild mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und wies darauf hin, dass differentialdiagnostisch auch die Möglichkeit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung kombiniert mit einer Dysthymia diskutiert werden könnte. Das klinische Bild sei mit der Annahme einer hochgradigen Arbeitsunfähigkeit durchaus

kompatibel.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner ergänzenden - telefonischen - Stellungnahme vom 3. November 2004 führte er aus, dass er die Fragen nach der Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sowie dem Belastungsprofil (Urk. 8/37/2) nicht beantworten könne. Er habe nur die Möglichkeit, die Aussagen der Beschwerdeführerin zu wiederholen. Er sehe sie ja nur im Sitzen und habe keine Möglichkeit, sie zu Hause zu beobachten. Sodann könne er auch nicht überprüfen, ob die Beschwerdeführerin die Medikamente regelmäßig einnehme. Die beste Lösung wäre seiner Meinung nach ein stationäres rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten (Urk. 8/27).

4.2.3Ä Ä H. \_\_\_ und I. \_\_\_, FMH Innere Medizin, vom Zentrum Z. \_\_\_ erheben in ihrem Gutachten vom 5. April 2006 (Urk. 8/34) unter dem Titel "Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" eine Periarthropathia humeroscapularis rechts tendinotica und calcarea mit/bei osteophytärer Ausziehung des Acromions und beginnender AC-Gelenksarthrose, ein chronisches lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei fortgeschrittener Segmentdegeneration L5/S1 mit Osteochondrose, Spondylose, Spondylarthrose und möglicher diskogener Einengung des Recessus S1 rechts und einem Verdacht auf beginnende diffuse idiopathische skeletale Hyperostose im thorakolumbalen Übergang sowie eine Periarthropathia genu beidseits mit/bei beginnender Gonarthrose beidseits und unter dem Titel "Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" eine subklinische Hypothyreose mit/bei Status nach Hypothyreose und Radiojodtherapie, aktuell unter Eltroxin-Substitution, sowie eine Adipositas Grad I nach Weltgesundheitsorganisation (WHO, Bodymassindex [BMI] 32,8 Kilogramm pro Quadratmeter [Urk. 8/34/13-14]). Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin für eine behinderungsangepasste Tätigkeit, die nicht mit Tragen und Heben von schweren Lasten verbunden sei und in wechselnden, rückenergonomisch günstigen Positionen vorgenommen werden könne, zu 80 % arbeitsfähig. Für die angestammte Tätigkeit als Reinigungsangestellte und im Haushalt bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/34/15-16). Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit mindestens 2002 (Urk. 8/34/16).

4.2.4Ä Ä In den Akten liegt im Weiteren der von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht von G. \_\_\_ vom 21. Juni 2006 (Urk. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä G. \_\_\_ erhebt darin eine depressive Entwicklung und Polyarthralgien unklarer Aetiologie. Bei seit vielen Jahren regredientem, inzwischen residuellem und gelenksbetontem Beschwerdebild habe die neurologische Durchuntersuchung normale Befunde ergeben, so dass eine neurologische Grunderkrankung wenig wahrscheinlich sei. Auffällig sei eine deutlich depressive Stimmungslage. Er vermute, dass die Beschwerdeführerin bereits eine langjährige depressive Entwicklung hinter sich habe. Eine psychiatrische Behandlung wäre indiziert. Da sie vor allem Gelenksbeschwerden beklage, werde er sie zur weiteren Abklärung in der Rheumaklinik des Spitals Y. \_\_\_ anmelden. Unter der genannten Gesamtsituation erachte er die Beschwerdeführerin als vorläufig nicht arbeitsfähig.

#### **E. 4.3**

4.3.1Ä Ä Das Gutachten des Zentrums Z. \_\_\_ vom 5. April 2006 (Urk. 8/34) basiert auf internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in

Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sowie ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten des Zentrums Z.\_\_\_\_ vom 5. April 2006 kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 2.5).

Der im Gesamtgutachten vom 5. April 2006 (Urk. 8/34/1-17) vorgenommenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit liegt zum einen die - mit den von I.\_\_\_\_ erhobenen Untersuchungsbefunden (Urk. 8/34/6-8) in Einklang stehende - Feststellung zugrunde, dass aus internistischer Sicht keine Pathologien nachweisbar sind, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben (Urk. 8/34/15).

Zum anderen basiert diese Beurteilung auf den Erhebungen von J.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, in ihrem Bericht der rheumatologischen Untersuchungsbefunde vom 9. März 2006 (Urk. 8/34/20-24). J.\_\_\_\_ legt darin nachvollziehbar dar, dass und weshalb die Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus rheumatologischer Sicht nicht vollständig erklärt werden können. So weist sie darauf hin, dass sich in der klinischen Untersuchung zwar ein pathologisches Gangbild finde; die Beweglichkeit der Wirbelsäule sowie der Hüft- und Kniegelenke sei jedoch uneingeschränkt. Im Bereich der rechten Schulter werde eine Elevationsbewegung über 90° vermieden mit starker Schmerzauslösung bei der passiven Mobilisation; Hinweise für eine Läsion der Rotatorenmanschette liessen sich aber - bei sehr kräftiger Gegenwehr während der Untersuchung - nicht objektivieren. Im Bereich der Knie bestehe eine uneingeschränkte Beweglichkeit; in der passiven Mobilisation, vor allem in Flexion, erfolge aber eine Schmerzangabe. Ein Erguss lasse sich nicht objektivieren. Es seien jedoch eine diffuse Druckdolenz periartikulär sowie eine Krepitation der Patella bei der Durchbewegung der Knie festzustellen. Hinweise für eine akute Neurokompression fanden sich keine. Auffallend sei eine diffuse Druckdolenz sämtlicher Weichteile sowie der ganzen Wirbelsäule. Radiologisch zeigten sich im Bereich der unteren Lendenwirbelsäulen-Segmente degenerative Veränderungen, vor allem L5/S1, wo in einer CT-Untersuchung (CT LWS vom 19. November 2001 [Urk. 8/10/7]) eine mögliche diskogene Recessuseingangsstenose S1 rechts nachgewiesen worden sei. Daneben zeige sich eine auffallende teilweise überbrückende ventrale Spondylose im thorakolumbalen Übergang bei erhaltenen Bandscheibenvolumen, möglicherweise im Rahmen einer beginnenden diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose. Im Bereich der rechten Schulter finde sich eine Sklerosierung über dem Tuberculum majus sowie eine Verkalkung im Ansatzbereich der Supraspinatussehne. Daneben beständen auch osteophytäre Ausziehungen des Acromions. Das Gelenk selber weise keine degenerativen Veränderungen auf. Im Bereich beider Knie zeigten sich beginnende degenerative Veränderungen vor allem im Bereich der Eminentiae tibiae, aber auch femoropatellar mit osteophytären Ausziehungen. Zusammenfassend interpretiere sie - J.\_\_\_\_ - die Beschwerden der Beschwerdeführerin im Rahmen einer Periarthropathia genu beidseits bei beginnender Gonarthrose beidseits, einer Periarthropathia humeroscapularis tendinotica und calcarea rechts sowie eines chronischen lumbovertebralen bis lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bei bildgebend nachweisbarer fortgeschrittener Segmentdegeneration L5/S1. Diese Beschwerden seien insgesamt nachvollziehbar bei entsprechendem strukturellem Korrelat, insbesondere im rechten Schulterbereich mit gut denkbarem

subacromialem Impingement aufgrund der beschriebenen Veränderungen. Neben diesen Diagnosen bestanden aber auch eine generalisierte Druckdolenz der Weichteile im Sinne eines weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms, welches auf kein strukturelles Korrelat zurückzuführen werden könnte (Urk. 8/34/22-23). Diese Feststellungen stehen mit den von ihr erhobenen rheumatologischen Untersuchungsbefunden (Urk. 8/34/21-22) in Einklang. Insbesondere geht aus diesen deutlich hervor, dass zwischen den von der Beschwerdeführerin - diffus - geschilderten Schmerzen und dem von ihr gezeigten Verhalten eine erhebliche Diskrepanz besteht. So war in der Untersuchung beim Aufrichten ein angedeutetes Kletterphänomen festzustellen. Beim Aus- und Ankleiden konnte sie sich hingegen problemlos bücken und auch rasch wieder aufrichten. Auch die Schulterbeweglichkeit war in unbeobachteten Momenten verbessert (Urk. 8/34/21). Gleiches wurde auch anlässlich der internistischen Untersuchung vom 6. Februar 2006 ("... Während der Erhebung der Anamnese sitzt die Versicherte entspannt und ohne Leidensdruck ca. 1 Stunde lang auf dem Untersuchungsstuhl. Das Aus- und Ankleiden erfolgt speditiv mit Schonbewegung des rechten Armes, der nur intermittierend über die Horizontale gehoben wird. Die Waddel-Zeichen sind alle positiv..." [Urk. 8/34/6]) sowie der psychiatrischen Untersuchung vom gleichen Tag ("... Die Bewegungsabläufe sind während dem ganzen Gespräch unauffällig. Es ist A. \_\_\_ möglich, trotz der beklagten Behinderung an der rechten Hand einen guten Händedruck zur Begrüssung und Verabschiedung zu entwickeln..." [Urk. 8/34/18]) festgestellt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä J. \_\_\_ kommt zum Schluss, dass aufgrund der objektivierbaren Befunde klinisch-rheumatologisch und bildgebend in einer schweren körperlichen Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht. In der angestammten Tätigkeit in der Büroreinigung mit einer Wechselbelastung liege aus rheumatologischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vor, unter der Voraussetzung, dass Überkopfarbeiten vermieden werden. Eine beschwerdeangepasste Tätigkeit mit Wechselbelastung, ohne längere Gehstrecken oder Treppengehen sowie Überkopftätigkeiten sei zu 80 % zumutbar. Mit dieser - im Rahmen des Gesamtgutachtens übernommenen - Einschätzung hat J. \_\_\_ den von ihr erhobenen objektiven Befunden grosszügig Rechnung getragen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä K. \_\_\_, FMH Psychiatrie, führt in seinem Bericht der psychiatrischen Untersuchungsbefunde vom 6. Februar 2006 an, dass bei der Beschwerdeführerin weder anamnestisch noch im aktuellen Untersuchungskontext psychopathologische Merkmale feststellbar seien. Die familiäre Situation sei weitgehend kompensiert, Hinweise für eine besondere emotionale Konflikthaftigkeit oder psychosoziale Probleme finden sich nicht. Letzten Endes bleibe es für ihn trotz der angegebenen Schmerzproblematik aus psychiatrischer Sicht unklar, weswegen sich die Beschwerdeführerin vollkommen passiv zu verhalten scheine. Es fehlten jegliche Hinweise für eine psychoorganische Problematik, eine Persönlichkeitsstörung oder eine wahnhaftige Erkrankung, weshalb sich aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose stellen lasse. Eine psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe somit nicht (Urk. 8/34/19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Beurteilung, welche im Rahmen des Gesamtgutachtens ebenfalls übernommen wurde (Urk. 8/34/15), erscheint angesichts der von K. \_\_\_ erhobenen Befunde ("... Weder subjektiv beklagt, noch objektivierbar finden sich Störungen der Konzentration, der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses. Formaler und inhaltlicher Gedankengang zeigen sich geordnet. Hinweise für eine Zwangsstörung oder eine

phobische Erkrankung finden sich nicht. Es kommt ein regelrechter affektiver Rapport zustande bei tendenziell distanzierter und unkooperativer Explorandin. Es finden sich keine Hinweise für eine depressive Störung oder für andere psychische Missbefindlichkeiten. Vielmehr imponiert die Explorandin selbstgefällig bis gleichgültig bei einem vollkommen selbstlimitierendem Krankheitskonzept. A.\_\_\_\_ sieht sich ausserstande, eine Arbeit anzunehmen. Bei genauerem Nachfragen nach einer behinderungsgerechten Arbeit, wo sie beispielweise sitzend oder stehend wechselnd belastend gefordert ist, werden immer neue sich auf weitere Körperregionen ausdehnende Schmerzen genannt. Die subjektiven Schilderungen bezüglich der Schmerzsymptomatik stehen in deutlicher Diskrepanz zum objektivierbaren Verhalten der Explorandin im Untersuchungskontext. A.\_\_\_\_ möchte Medikamente zu sich nehmen. Weder der Explorandin noch ihrem Sohn ist bekannt, um was für Präparate es sich dabei handelt." [Urk. 8/34/18-19]) ebenfalls überzeugend. Aufgrund dieser Befunde besteht in der Tat kein Grund zur Annahme eines psychischen Leidens mit Krankheitswert (vgl. Erwägung 2.1).

4.3.2.2 Wie erwähnt, gehen die Gutachter im Rahmen des Gesamtgutachtens davon aus, dass für eine behinderungsangepasste Tätigkeit, die nicht mit Tragen und Heben von schweren Lasten verbunden ist und in wechselnden rückenergonomisch günstigen Positionen vorgenommen werden kann, eine 80%ige und für die angestammte Tätigkeit als Reinigungsangestellte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit besteht, was nach dem Gesagten mit Blick auf die objektiven Befunde als für die Beschwerdeführerin grosszügig zu betrachten ist.

Für die Tätigkeit im Haushalt attestieren die Gutachter der Beschwerdeführerin im Rahmen des Gesamtgutachtens ebenfalls eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei sie diese Einschätzung nicht weiter begründen. Dazu ist zu bemerken, dass die Tätigkeit als Raumpflegerin mit dem Führen eines privaten Haushaltes nicht vergleichbar ist. Letzteres beinhaltet - nach den im Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH), gültig seit 1. Januar 2004, Randziffer [Rz] 3095, aufgestellten Kriterien - zahlreiche Tätigkeiten, für welche keine besonderen körperlichen Voraussetzungen erforderlich sind (wie zum Beispiel Planung, Organisation, Arbeitseinteilung, Kontrolle) bzw. deren Anforderungen direkt von der Grösse des Haushalts und der Anzahl der Haushaltsmitglieder abhängen (wie zum Beispiel Zubereitung der Mahlzeiten, Kleiderpflege). Das Führen eines privaten Haushaltes erlaubt zudem Anpassungen der Tätigkeit an die körperlichen Probleme, welche unter Umständen nicht mit den Leistungsanforderungen für die Ausübung einer ähnlichen Tätigkeit in einem beruflichen Umfeld vereinbar sind (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 17. Januar 2006 in Sachen S., I 735/04, Erwägung 6.4, mit Hinweisen). Es ist somit davon auszugehen, dass sich körperliche Beeinträchtigungen auf die Tätigkeit im Haushalt regelmässig weniger auswirken als auf diejenige als Raumpflegerin. Die von den Gutachtern vorgenommene Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit im Haushalt mit 50 % ist somit jedenfalls als ausserst grosszügig zu bezeichnen.

4.3.3 Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte enthalten keine Angaben, welche die von den Gutachtern gemachten Feststellungen zu widerlegen vermöchten.

Zu den Angaben von B.\_\_\_\_ ist vorab zu bemerken, dass sie als Hausärztin der Beschwerdeführerin geneigt sein dürfte, in Zweifelsfällen eher zu

ihren Gunsten auszusagen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 7. April 2006 in Sachen B., I 750/05, Erwägung 2.4.1, mit Hinweisen). Es entsteht denn auch der Eindruck, dass sie bei ihrer im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 24./26. März 2003 vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Reinigungsfrau "von April 2002 bis aktuell" [Urk. 8/34/1+4]) massgeblich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt hat, ohne diese sowie deren Verhalten kritisch zu hinterfragen. Aus ihren Angaben geht sodann hervor, dass sie ihrer Einschätzung den Gesamtbefund zugrunde gelegt und demgemäss auch die von ihr erhobene depressive Verstimmung mitberücksichtigt hat. Als Fachärztin für allgemeine Medizin ist sie indessen nicht berufen, den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit hat sie sodann keinerlei Angaben gemacht. Die von B. \_\_\_ vorgenommene Einschätzung vermag daher nicht zu überzeugen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä F. \_\_\_ hat für seine Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin wegen eines depressiven Zustandsbildes mit Antriebshemmung und somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) seit April 2002 in der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin zu 100 % und in der Tätigkeit als Hausfrau zu zwei Dritteln arbeitsunfähig ist (Urk. 8/25/1-2), ebenfalls keine Begründung geliefert. Insbesondere hat er auch keinen objektiv eigenen, vollständigen Psychostatus erhoben, welcher es erlauben würde, seine Einschätzung präferend nachzuvollziehen. Davon abgesehen kann wegen der Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden Facharztes abgestellt werden (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes in Sachen vom 25. Juni 2007 in Sachen Z., 9C\_41/2007, Erw. 4 mit Hinweis). F. \_\_\_ sah sich denn offenbar auch selbst ausserstande, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zuverlässig zu beurteilen (Urk. 8/27).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä G. \_\_\_ hielt in seinem Bericht an B. \_\_\_ vom 21. Juni 2006, wie erwähnt, fest, dass eine neurologische Grunderkrankung wenig wahrscheinlich sei. Auffällig sei hingegen eine deutlich depressive Stimmungslage. Die Beschwerdeführerin selbst beklage vor allem auch Gelenkschmerzen (Urk. 3 Seite 2). Bei seiner anschliessend vorgenommenen Beurteilung, wonach die Beschwerdeführerin vorläufig nicht arbeitsfähig sei, bezog er sich ausdrücklich auf diese "Gesamtsituation" (Urk. 3 Seite 3). Er dürfte demnach vor allem auch die von ihm erhobene "deutlich depressive Stimmungslage" mitberücksichtigt haben. Als Neurologe ist er indessen nicht berufen, den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen.

## **E. 5**

5.1 Ä Ä Ä Zur umstrittenen Einschränkung der Beschwerdeführerin im Haushaltbereich ist Folgendes zu bemerken:

5.2 Ä Ä Ä Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So

wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28 Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 27 IVV (seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 bis IVG) auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung nach den Verwaltungsweisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung (KSIH, gültig seit 1. Januar 2004, Rz 3093 ff.) eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall geeignete Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 17. Juli 2006 in Sachen M., I 883/05, Erwägung 4.2). Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizuges eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG] vom 4. September 2001 in Sachen S., I 175/01). Der Abklärungsbericht im Haushalt stellt grundsätzlich auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 22. Dezember 2003 in Sachen B., I 311/03). Einzig wenn es zu Divergenzen zwischen den Ergebnissen der Haushaltabklärung und den ärztlichen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person kommt, ihre Haushaltstätigkeiten trotz des psychischen Leidens noch verrichten zu können, ist der medizinischen Einschätzung in der Regel grösseres Gewicht beizumessen als der Abklärung im Haushalt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 21. Februar 2005 in Sachen H., I 570/04, Erw. 5.2.1 mit Hinweis auf AHI 2004 S. 137 ff., namentlich S. 139 unten).

Die Rechtsprechung hat für die Würdigung des Beweiswertes über Abklärungen an Ort und Stelle, welche der Beurteilung des Betreuungsaufwandes in Hauspflege, der Eingliederungswirksamkeit eines Hilfsmittels oder der Hilflosigkeit mit Blick auf die Hilfenentscheidung dienen, bestimmte Regeln formuliert. Diese Grundsätze können auf die Abklärung im Haushalt übertragen werden. Danach ist erforderlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen und divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen. Der Berichtstext schliesslich muss inhaltlich plausibel, begründet und mit Bezug auf die konkreten Einschränkungen angemessen detailliert abgefasst sein sowie mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben übereinstimmen. Trifft dies alles zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift diesfalls in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse (zum Beispiel in Folge Widersprüchlichkeiten) vorliegen. Dies gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 17. Juli 2006 in Sachen M., I 883/05, Erwägung 4.3, mit Hinweisen).



den Gutachtern erhobenen objektiven Befunden (Urk. 8/34/6-7 und Urk. 8/34/18-24) ohne weiteres in Einklang bringen.

5.4. Der Abklärungsbericht vom 10. November 2003 (Urk. 8/17) stellt deshalb - nach wie vor - eine zuverlässige Grundlage zur Beurteilung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt dar.

## 6.

6.1. Es ist, wie erwähnt, unbestritten, dass zur Ermittlung des Invaliditätsgrades die gemischte Methode anzuwenden ist. Unbestritten sind ferner auch die Bemessungsfaktoren "Anteil Erwerbstätigkeit" (28 %) und "Anteil Haushaltführung" (72 %). Die Invalidität bestimmt sich demnach grundsätzlich dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Haushaltbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird (vgl. Erwägung 2.3), wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (vgl. BGE 130 V 396 Erw. 3.3).

6.2. Unter dem Valideneinkommen ist jenes Einkommen zu verstehen, welches die versicherte Person als Gesunde tatsächlich erzielen würde (ZAK 1992 S. 92 Erw. 4a, 1961 S. 367). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Massgebend ist, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Weiterentwicklung, soweit hierfür hinreichend konkrete Anhaltspunkte bestehen, zu erwarten gehabt hätte (BGE 96 V 29, ZAK 1985 S. 635 Erw. 3a sowie RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b; vgl. auch EVGE 1968 S. 93 Erw. 2a). Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst. Entscheidend ist, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b mit Hinweis; vgl. auch ZAK 1990 S. 519 Erw. 3c).

Für die Bestimmung des trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) können nach der Rechtsprechung Tabellen ohne herangezogen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die versicherte Person - wie hier - nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, mit welcher sie die ärztlich bestätigte Restarbeitsfähigkeit voll ausschöpft (BGE 126 V 75 ff. Erw. 3b/bb, mit Hinweis). Auszugehen ist dabei von den Tabellen der Zentralwerte des standardisierten monatlichen Bruttolohnes gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (AHI-Praxis 6/1998 S. 291, mit Hinweisen).

Im Weiteren ist bei der Ermittlung des Invalideneinkommens zu beachten, dass versicherte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen selbst bei zumutbaren Verweisungstätigkeiten oft das Lohnniveau gesunder Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht erreichen. Neben gesundheitlichen Problemen können sich persönliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad auf das hypothetische Invalideneinkommen auswirken. Daher ist je

nach den konkreten Umständen des Einzelfalls ein Abzug von den LSE-Tabellenlöhnen von maximal 25 % zu gewähren (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 23. Januar 2004 in Sachen G., U 90/02, Erw. 3.4, mit Hinweis auf BGE 126 V 75; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 9. Mai 2005 in Sachen A., U 268/04, Erw. 3.2).

6.3 Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass das (vor Eintritt des Gesundheitsschadens absolvierte) Pensum von 28 % mit einer Restarbeitsfähigkeit von 80 % ohne Erwerbseinbusse weitergeführt werden kann (Urk. 2 Seite 3).

Es trifft zwar zu, dass mit Blick auf die überzeugenden Feststellungen im Gutachten des Zentrums Z.\_\_\_\_ vom 5. April 2006 (Urk. 8/34) das bisherige Pensum von 28 % ohne weiteres zumutbar erscheint. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin nach der Beurteilung der Gutachter sowohl die angestammte (mit einem Beschäftigungsumfang von 50 % zumutbare) Tätigkeit als Raumpflegerin als auch körperlich leichtere (mit einem Beschäftigungsumfang von 80 % zumutbare) Tätigkeiten nicht ohne einschränkende Auflagen verrichten kann (vgl. Erwägung 4.3.2). Zur korrekten Ermittlung ihrer Einschränkung im Erwerbsbereich ist daher gleichwohl ein Einkommensvergleich durchzuführen.

#### 6.4

6.4.1 Wie erwähnt, war die Beschwerdeführerin vom 10. April 2001 bis 13. Mai 2002 bei der V.\_\_\_\_ AG als Raumpflegerin angestellt. Gemäss den Angaben dieser Firma vom 27. August 2003 im "Fragebogen für den Arbeitgeber" hat die Beschwerdeführerin das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen gekündigt (Urk. 8/13/1). Es ist daher davon auszugehen, dass sie im Gesundheitsfall weiterhin dort tätig wäre.

Die Arbeitslosenkasse des Kantons Zürich, bei welcher sich die Beschwerdeführerin am 14. Mai 2002 zum Leistungsbezug angemeldet hatte, setzte den versicherten Verdienst auf Fr. 875.-- pro Monat resp. Fr. 10'500.-- pro Jahr (= Fr. 875.-- x 12) fest (Urk. 8/9/6), was sich mit den Lohnangaben der V.\_\_\_\_ AG (Urk. 8/13/2, vgl. Urk. 8/7) in Einklang bringen lässt.

Ausgehend vom versicherten Verdienst 2002 von Fr. 10'500.-- ergibt sich unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung für Frauen (2003: 1,7 % [vgl. Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2004, Tabelle T1.2.93 Seite 37]) für das Jahr 2003 (frühestmöglicher Rentenbeginn [Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG]) ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 10'678.50.

6.4.2 Das Invalideneinkommen ist nach dem Gesagten aufgrund der Tabellenlöhne zu ermitteln. Statistischer Ausgangswert bildet dabei der monatliche Durchschnittslohn von Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten im gesamten privaten Sektor, zumal keine medizinischen Gründe gegen die grundsätzliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem gesamten ausgeglichenen Arbeitsmarkt sprechen.

Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Frauen betrug im Jahre 2002 im privaten Sektor Fr. 3'820.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2002 TA1 Seite 43), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahre 2002 (vgl. die

Volkswirtschaft 11-2007, Tabelle B9.2 Seite 98) einen monatlichen Verdienst von Fr. 3'982.35 resp. einen Jahresverdienst von Fr. 47'788.20 (= Fr. 3'982.35 x 12) ergibt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung für Frauen von 1,7 % im Jahr 2003 resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen 2003 von Fr. 48'600.60 resp. - bei einem Beschäftigungsumfang von 28 % - von Fr. 13'608.20 (= 0,28 x Fr. 48'600.60).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Einwand der Beschwerdeführerin, sie sei schon aufgrund ihrer mangelnden Sprachkenntnisse kaum vermittelbar (Urk. 1 Seite 3), ist zu bemerken, dass Faktoren wie mangelnde Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten infolge ihres invaliditätsfremden Charakters bei der Invaliditätsbemessung grundsätzlich ausser Acht zu lassen sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 14. Juni 2002 in Sachen K., I 644/01, Erwägung 4b/aa, mit Hinweisen). Wird allerdings bei der Bestimmung des hypothetischen Valideneinkommens auf Lohnangaben einer Arbeitgeberfirma abgestellt, welche die geringfügigen Qualifikationen eines Angestellten bei der Entlohnungsfrage berücksichtigte, was sich in einem deutlich unter den branchenüblichen Ansätzen liegenden Gehalt niederschlug, sollen diese invaliditätsfremden Faktoren auch bei der Festlegung des zumutbaren Invalideneinkommens nicht ausser Acht gelassen werden. Im Rahmen des Einkommensvergleiches sind daher die invaliditätsfremden Gesichtspunkte überhaupt nicht oder dann bei beiden Vergleichsgrößen gleichmässig zu berücksichtigen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 16. April 2002 in Sachen S., I 640/00, Erwägung 4a/aa, mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das statistische Durchschnittseinkommen von Frauen, welche im Jahre 2002 einfache und repetitive Reinigungsarbeiten verrichteten, betrug Fr. 3'512.-- (vgl. LSE 2002 TA7/Ziffer 35/Anforderungsniveau 4/Frauen Seite 53), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahre 2002 einen monatlichen Verdienst von Fr. 3'661.30 resp. einen Jahresverdienst von Fr. 43'935.60 (= Fr. 3'661.30 x 12) ergibt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung für Frauen von 1,7 % im Jahr 2003 resultiert ein hypothetisches Einkommen 2003 von Fr. 44'682.50 resp. - bei einem Beschäftigungsumfang von 28 % - von Fr. 12'511.10 (= 0,28 x Fr. 44'682.50).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der von der Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden als Raumpflegerin bei der V. \_\_\_ AG hypothetisch erzielbare Lohn von Fr. 10'678.50 liegt somit 15 % unter dem statistischen Durchschnittslohn für einfache und repetitive Reinigungsarbeiten von Fr. 12'511.10. Da das Gehalt der Beschwerdeführerin, welche keine Berufsausbildung abgeschlossen hat und schlecht deutsch spricht, bei der V. \_\_\_ AG demnach deutlich unter den branchenüblichen Ansätzen lag, bestehen in der Tat Zweifel daran, dass sie als Hilfsarbeiterin in einer anderen Branche den betreffenden Durchschnittslohn erreichen konnte. Es rechtfertigt sich daher, den für ein Pensum von 28 % ermittelten Durchschnittslohn aller Branchen für Hilfsarbeiterinnen von Fr. 13'608.20 entsprechend um 15 % auf Fr. 11'567.-- (= 0,85 x Fr. 13'608.20) zu kürzen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Weiteren ist in Betracht zu ziehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einer gesunden Mitbewerberin benachteiligt ist, was sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau auswirkt. Nicht gegeben sind die Abzugskriterien des Alters (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 18. Mai 2006 in Sachen V., I 37/06, Erwägung 4.2.2, mit Hinweisen) sowie der Nationalität bzw. Aufenthaltskategorie (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 25. Juli 2005 in Sachen N., I

174/05, Erwägung 2.7, mit Hinweisen), ebenso wenig dasjenige der Teilzeitbeschäftigung; vielmehr wirkt sich die Teilzeitbeschäftigung bei Frauen im Vergleich zu einer Vollzeitbeschäftigung proportional eher lohnerrhehend aus (LSE 2004 Seite 24). Es rechtfertigt sich somit zusätzlich ein - leidensbedingter - Abzug von 10 %.

6.4.3  Das zumutbare hypothetische Invalideneinkommen 2003 ist demgemäss auf Fr. 10'410.30 (= 0,9 x Fr. 11'567.--) festzusetzen. Ausgehend vom ermittelten hypothetischen Valideneinkommen 2003 von Fr. 10'678.50 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 268.20 resp. eine Einschränkung von aufgerundet 3 %.

6.5  Bei einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 28 % ergibt sich eine gewichtete Teilinvalidität von aufgerundet 1 % (0,28 x 3 %).

 Im Haushaltbereich ist nach dem Gesagten gestützt auf den Abklärungsbericht vom 10. November 2003 (Urk. 8/17) von einer Einschränkung von 18 % auszugehen. Bei einem Anteil dieses Bereiches von 72 % resultiert eine gewichtete Teilinvalidität von 13 % (= 0,72 x 18 %).

 Ausgehend von einer gewichteten Teilinvalidität im Erwerbsbereich von 1 % und einer gewichteten Teilinvalidität im Haushaltbereich von 13 % ergibt sich eine Gesamtinvaliditat von 14 %.

 Selbst wenn man auf die äusserst grosszügige gutachterliche Einschätzung, wonach im Haushalt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % besteht, abstellen und demgemäss von einer gewichteten Teilinvalidität im Haushaltbereich von 36 % (0,72 x 50 %) ausgehen würde, würde eine Gesamtinvaliditat von - lediglich - 37 % resultieren.

6.6  Die Beschwerdegegnerin hat demnach einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung im Ergebnis zu Recht verneint (Art. 28 Abs. 1 IVG).

7.  Zum - erstmals im Rahmen des Beschwerdeverfahrens (Urk. 1 Seite 2) - gestellten Antrag auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ist zu bemerken, dass der Anspruch auf eine Umschulung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 IVG einen Invaliditätsgrad von etwa 20 % voraussetzt. Da einerseits im Rahmen der gemischten Methode Erwerbs- und Haushaltbereich strikt zu trennen sind, die Umschulung andererseits nur direkte Auswirkungen auf den Erwerbsbereich haben kann, muss der Invaliditätsgrad einzig im Erwerbsbereich - und nicht im Rahmen der Gesamtinvaliditat - erfüllt sein. Andernfalls hätte der für den Erwerbsbereich nicht massgebende Haushaltbereich entscheidenden Einfluss auf die berufliche Eingliederung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 18. Mai 2005 in Sachen G., I 12/05, Erwägung 2.5, mit Hinweisen). Bei einer Einschränkung von 3 % im Erwerbsbereich (vgl. Erwägung 6.4.3) besteht klarerweise kein Anspruch auf Umschulung. Die für die Beschwerdeführerin in Frage kommenden behinderungsangepassten Tätigkeiten würden im übrigen ohnehin keine besondere berufliche Ausbildung erfordern. Vielmehr würde eine innerbetriebliche Anlernphase genügen. Im Vergleich zu ihrer Tätigkeit als Raumpflegerin sind die der Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Selbsteingliederungspflicht offen stehenden Tätigkeiten als gleichwertig zu erachten.

Mit Blick auf die gutachterliche Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sowie deren Arbeitsfähigkeit ist sodann auch nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin für eine berufliche Neuorientierung auf die spezifischen Fachkenntnisse der Organe der Invalidenversicherung angewiesen sein sollte. Ein Anspruch auf Berufsberatung im Sinne von Art. 15 IVG sowie Arbeitsvermittlung im Sinne von Art. 18 Abs. 1 IVG ist daher ebenfalls zu verneinen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 20. März 2003 in Sachen S., I 765/01, Erwägung 3.2, mit Hinweisen).

Die Beschwerde erweist sich somit in jeder Hinsicht als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Hanspeter Bosshard

- Bundesamt für Sozialversicherungen

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 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.