

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00888 vom 28. Januar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-01-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.00888](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00888)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00888 du 28 janvier 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00888 del 28 gennaio 2008

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Die 1961 geborene A. \_\_\_ absolvierte abgesehen von der obligatorischen Grund- und Oberstufenschule keine Ausbildung (Urk. 9/1 S. 4, Urk. 9/20 S. 5). Zuletzt war sie von Januar 2000 bis zur Kündigung per 31. Mai 2005 (Urk. 9/8 S. 6) als Betriebsmitarbeiterin (Verpackerin) bei der B. \_\_\_ angestellt (Urk. 9/8 S. 1 und S. 4).

1.2. Am 19. April 2005 meldete sich die Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung wegen körperlichen und psychischen Beschwerden zum Leistungsbezug an (Eingang: 25. April 2004; Urk. 9/1). In der Folge klärte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), die medizinischen und erwerblichen Verhältnisse der Versicherten ab (Urk. 9/4, Urk. 9/6, Urk. 9/8-10, Urk. 9/20) und wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. April 2006 ab (Urk. 9/23). Mit Schreiben vom 4. Mai 2006, ergänzt mit Schreiben vom 9. Juni 2006, erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Urs Leemann, dagegen Einsprache (Urk. 9/24, Urk. 9/28), welche die IV-Stelle mit Entscheid vom 4. Oktober 2006 abwies (Urk. 9/39 = Urk. 2).

2. Gegen den Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2006 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Urs Leemann, mit Eingabe vom 19. Oktober 2006 Beschwerde und stellte folgendes Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2):

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine ganze Invalidenrente (sowie Kinderrente) zuzusprechen.

2. Eventuell sei durch die Beschwerdeinstanz von Herrn Dr. C. \_\_\_\_, D. \_\_\_\_, sowie von Herrn Dr. E. \_\_ (Oberarzt an der Psychiatrischen Poliklinik des F. \_\_) eine Stellungnahme zum Gutachten des O. \_\_ G. \_\_ vom 23. März 2006 einzuholen und nötigenfalls zur Frage der Arbeitsfähigkeit/-unfähigkeit der Beschwerdeführerin ein Obergutachten von einer neutralen Gutachterstelle anzufordern, um hernach zu entscheiden.

3. Subeventuell sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung (namentlich Einholung einer Stellungnahme des Hausarztes Dr. C. \_\_\_\_, D. \_\_\_\_, sowie der Psychiatrischen Poliklinik des F. \_\_ zum Gutachten des O. \_\_ G. \_\_ vom 23. März 2006, sowie Einholen eines Obergutachtens von einer neutralen Gutachterstelle) und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2007 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Die Versicherte hielt in der Replik vom 23.

Februar 2007 an ihren Anträgen fest (Urk. 13) und reichte mit Eingabe vom 22. März 2007 (Urk. 16) zwei Schreiben des F.\_\_\_\_ vom 13. und 22. Februar 2007 ein (Urk. 17/1-2). Die IV-Stelle nahm innert angesetzter Frist (Urk. 14, Urk. 18) dazu keine Stellung. Mit Verfügung vom 23. April 2007 wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Urk. 20).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Â Â Â Â Â Â

1.1 Â Â Â Â 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 ATSG).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.2 Â Â Â Â Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG, seit 1. Januar 2008: Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.3 Â Â Â Â Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen konnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen konnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst

genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2. Strittig ist und zu präzisieren ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten des H. (nachfolgend: O.) vom 23. März 2006 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausging, was den rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % ergebe (Urk. 2 S. 3, Urk. 9/23), machte die Beschwerdeführerin unter Verweis auf die Berichte der behandelnden Ärzte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit geltend, weshalb ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet sei (Urk. 1 S. 6 ff.). Ausserdem rügt die Beschwerdeführerin, der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2006 (Urk. 2) verletzte die Begründungspflicht, da er sich in keiner Weise mit den Ausführungen in der Einspracheschrift vom 9. Juni 2006 (Urk. 9/28) auseinandergesetzt habe (Urk. 1 S. 4 f., Urk. 13 S. 2 f.). Diese Rüge ist aufgrund ihrer formellen Natur vorweg zu behandeln (BGE 118 Ia 18 Erw. 1a).

### 3. Strittig ist

3.1 Das Recht auf eine Begründung eines Entscheides ist ein Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wie er neben den speziellen gesetzlichen Regelungen in Art. 42 ATSG und Art. 57a Abs. 1 IVG auch in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) garantiert wird (vgl. BGE 124 V 181 Erw. 1a). Die Begründungspflicht soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und soll dem Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Um den verfassungsrechtlichen Anforderungen zu genügen, muss die Begründung wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde bei ihrem Entscheid hat leiten lassen und auf die sich der Entscheid stützt. Aus der Begründung muss ersichtlich werden, ob und gegebenenfalls warum die Behörde ein Vorbringen einer Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält oder ob sie es überhaupt in Betracht gezogen hat und sich mit den von der betroffenen Person erhobenen Einwänden beziehungsweise Rügen in angemessener Weise auseinandergesetzt hat. Sie darf sich nicht mit dem Hinweis begnügen, die Überlegungen der versicherten Person seien zur Kenntnis genommen und geprüft worden (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd; Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 49 N 23).

Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren ausnahmsweise geheilt werden, wenn die Verletzung nicht besonders schwer wiegt und sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 2 f., BGE 124 V 183 Erw. 4a mit Hinweisen; Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 42 N 9).

3.2 Zur Begründung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 4. Oktober 2006 hielt die Beschwerdegegnerin nebst allgemeinen Grundsätzen die von der Beschwerdeführerin im Einspracheschreiben vom 9. Juni 2006 (Urk. 9/28 S. 2) gestellten Anträge fest und beschränkte sich im Übrigen auf die Feststellung, dass sie sich

weiterhin auf das polydisziplinäre Gutachten des O. \_\_\_ G. \_\_\_ vom 23. März 2006 stütze, da es umfassend, schlüssig und nachvollziehbar sei. Es erbringe sich somit, weitere Unterlagen beziehungsweise Arztberichte einzuholen, da die eingeholten Berichte im Gutachten mitberücksichtigt worden seien (Urk. 2 S. 3). Ob die Beschwerdegegnerin damit das rechtliche Gehör verletzt hat, kann offen bleiben, da es sich dabei jedenfalls nicht um eine besonders schwere Verletzung handelte und eine allfällige Verletzung der Begründungspflicht mit den Ausführungen in der Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2007 zuhanden des hiesigen mit voller Kognition ausgestatteten Gerichts geheilt worden wäre. Denn die Beschwerdegegnerin nannte darin die Überlegungen, von denen sie sich bei ihrem Entscheid leiten liess. Sie gab zu erkennen, dass sie die Einwände der Beschwerdeführerin, welche sich alle gegen das O. \_\_\_-Gutachten richteten (Urk. 9/28 S. 3 ff.), für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hielt und setzte sich mit den entscheiderelevanten Argumenten auseinander, indem sie ausführlich begründete, weshalb auf das O. \_\_\_-Gutachten abzustellen sei (Urk. 8). Damit genigte die Beschwerdeantwort zusammen mit dem angefochtenen Einspracheentscheid den Anforderungen an die Begründungspflicht. Denn diese verlangt nicht, dass sich die Beschwerdegegnerin ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (vgl. BGE 124 V 181 Erw. 1a mit Hinweisen). Eine formellrechtlich begründete Rückweisung ist somit nicht angezeigt. Zu prägen bleibt die materiellrechtliche Frage des Rentenanspruchs.

#### 4.1.1.1

##### 4.1.1.1.1

4.1.1.1.1 Das Rehabilitationszentrum der I. \_\_\_ (nachfolgend: P. \_\_\_), wo die Beschwerdeführerin vom 9. bis zum 29. Dezember 2004 hospitalisiert war, führte im Bericht vom 29. Dezember 2004 im Wesentlichen folgende Diagnosen auf: 1. Somatoforme Schmerzstörung (F45.4) bei chronischem thorakalbetontem Panvertebralsyndrom mit/bei thorakaler Hyperkyphose und Myogelosen der autochthonen Rückenmuskulatur im thoraco-lumbalen, lumbo-sacralen und weniger ausgeprägt im cervico-thoracalen Übergang mit Tendenz zur generalisierten Tendomyopathie; 2. rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (F33.1); 3. schwere infero-medialbetonte Coxarthrose auf der linken Seite mit subchondraler Sklerose und Zystenbildungen bei Status nach chirurgischer Hüftluxation und Döbriment des Acetabulums links 1999 (M16.9). Beim Eintritt habe die Beschwerdeführerin über diffuse Schmerzen am ganzen Körper mit einer maximalen Intensität von 10 von 10 Punkten auf der visuellen analogen Schmerzskala berichtet. Diese Schmerzen beständen schon seit 15-20 Jahren auch in dieser Ausprägung. Während des Aufenthaltes habe subjektiv eine leichte Reduktion des Schmerzerlebens sowie eine Stimmungsaufhellung und physische Rekonditionierung erzielt werden können. Nach dem Austritt aus der Klinik bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für vorerst 3 Wochen. Eine Integration in den Arbeitsprozess sei unbedingt anzustreben und es werde ein Arbeitsversuch mit reduzierter Arbeitsfähigkeit, beispielsweise initial mit 30 %, empfohlen (Urk. 9/6 S. 5f.).

4.1.1.1.2 Dem Bericht von Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 5. März 2005 ist zu entnehmen, dass er die Beschwerdeführerin letztmals am 28. Februar 2005 konsiliarisch untersucht habe. Sie sei in der bisherigen Tätigkeit vom 22. August 2004 bis 12. September 2004 zu 100 %, vom 13. September

2004 bis 8. Dezember 2004 zu 50 %, vom 9. Dezember 2004 bis 30. Januar 2005 während des Klinikaufenthaltes zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und seit dem 31. Januar 2005 zu 50 %. Der Gesundheitszustand sei stationär (Urk. 9/6 S. 1 f.). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei sie seit dem 22. August 2004 zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 9/6 S. 4). Im Folgenden verweist Dr. J. \_\_\_ auf sein Schreiben vom 1. März 2005 an den Hausarzt der Beschwerdeführerin. Darin hielt er im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie die P. \_\_\_ im Bericht vom 29. Dezember 2004 fest, jedoch nannte er anstelle der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung den Verdacht auf somatoforme Schmerzen und anstelle der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradige Episode (F33.1), eine mittelschwere Depression mit Angst- und Schlafstörung. Aufgrund des bisherigen Verlaufs erachte er eine volle Reintegration in den Arbeitsprozess für nicht realistisch. Hingegen halte er eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Arbeit in wechselnden Positionen aus rheumatologischer Sicht für möglich. Zu dieser Einschätzung komme er nicht zuletzt deshalb, weil die Beschwerdeführerin schildere, unter Tag und Nacht störenden Dauerschmerzen zu leiden, welche sich weder durch Ruhepositionen noch durch leichte Belastungen lindern liessen. Schwere Belastungen würden eindeutig zu einer Schmerzexacerbation führen. Inwieweit aus psychiatrischer Sicht eine höhere Arbeitsunfähigkeit bestehe, könne er nicht beurteilen. Im Vordergrund für das aktuelle Beschwerdebild verantwortlich bleibe die generalisierte Tendomyopathie mit depressiver Stimmungslage. Die Beschwerden von Seiten der schweren Coxarthrose links schienen ihm eher im Hintergrund zu stehen (Urk. 9/6 S. 9 f.).

4.1.3.1 Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, welche die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 1998 behandelte, führte im Bericht vom 21. Mai 2005 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die ebenfalls von Dr. J. \_\_\_ genannten Diagnosen des chronischen Panvertebralsyndroms bestehend seit 1992, der schweren Coxarthrose bestehend seit mindestens November 1999 und der mittelschweren Depression mit Angst- und Schlafstörung sowie den Verdacht auf somatoforme Schmerzen seit mindestens Dezember 2002 auf. Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Arbeiterin bei der Firma B. \_\_\_ am 17. Mai 2004 zu 50 %, vom 18. Mai 2004 bis 23. Mai 2004 und vom 13. August 2004 bis 12. September 2004 zu 100 % und vom 13. September 2004 bis 3. Oktober 2004 zu 50 %, vom 9. Dezember 2004 bis 30. Januar 2005 zu 100 %, vom 31. Januar 2005 bis 9. Februar 2005 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen und seit dem 10. Februar 2005 bis auf weiteres zu 100 %. Der Beschwerdeführerin sei auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Sie gebe Rückenschmerzen vom Nacken bis lumbal an. Sie nehme tagsüber Schmerztabletten. Prognostisch sei kaum eine Besserung zu erwarten. Sie habe sich irgendwie aufgegeben (Urk. 9/9 S. 1 ff.).

4.1.4.1 Die L. \_\_\_, Psychiatrische Poliklinik am F. \_\_\_ (nachfolgend: K. \_\_\_), diagnostizierte gemäß dem Bericht vom 18. Juli 2005 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte depressive Störung, aktuell mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1; (ICD = International Classification of Diseases [internationale Klassifikation der Krankheiten]) mit hypochondrischen Ängsten sowie eine Agoraphobie (ICD-10: F40.0), je durch das K. \_\_\_ beobachtet seit dem 17. Mai 2004. Trotz eines Rehabilitationsaufenthaltes in der P. \_\_\_, arbeitsreintegrativen Bemühungen durch den Sozialdienst des K. \_\_\_ und der ärztlichen Behandlung inklusive

Pharmakotherapie habe keine Arbeitsfähigkeit mehr erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin sei in ihrem Alltag sehr eingeschränkt, da sie aufgrund ihrer Ängste nicht mehr alleine an einen Ort gehen könne. Erschwert werde die Situation durch verschiedene chronifizierte somatische Beschwerden. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Beschwerdeführerin sei stimmungsmässig erschöpft, kraft-, interesse- und freudlos sowie antriebsvermindert. Sie habe verminderten Schlaf (es seien nur zwei Stunden möglich), sei am Tag sehr müde und verrichte den Haushalt mit Mühe. Sie wirke müde und leidend sowie affektiv moduliert. Es gebe Hinweise auf agoraphobische und hypochondrische Ängste, Vermeidungsverhalten sowie auf zwanghaftes Verhalten (sie müsse ständig putzen; wenn sie es unterlasse steige die innere Spannung an). Aktuell bestehe keine Suizidalität. Der Beschwerdeführerin sei weder die angestammte Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin noch eine leidensangepasste Tätigkeit zumutbar. Angesichts der chronifizierten und komplexen somatischen und psychischen Beschwerden werde die Prognose als ungünstig beurteilt (Urk. 9/10).

4.1.5 Die Gutachter des O. \_\_\_ untersuchten die Beschwerdeführerin am 6. und 8. Februar 2006. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde im Gutachten vom 23. März 2006 die Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) festgehalten. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen aufgeführt: 1. Chronisches thorakal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.8) bei Wirbelsäulenfehlform/Fehlhaltung (leichte S-förmige Skoliose, betonte Kyphose zervikothorakal, Abflachung BWS-Kyphose) und bei muskulärer Dekonditionierung mit Abschwächung der abdominellen und Rückenstabilisierenden Muskelgruppen sowie bei diffuser Myogelose im Nacken-/Schultergürtel sowie thorakolumbal, paravertebral; 2. Deutliche zentral/inferior betonte Coxarthrose links (ICD-10: M16.1) bei Status nach chirurgischer Hüftluxation und Débridement Acetabulum im Jahr 1999; 3. Chronisches multilokales Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.9) bei einer Schmerzverarbeitungsstörung anamnestisch. Insgesamt müsse festgehalten werden, dass das Ausmass, die Chronizität und die weitgehende Therapieresistenz der Beschwerden im Vergleich zu den objektiv fassbaren Befunden nicht nachzuvollziehen sei. Für die Diskrepanz zwischen den subjektiv empfundenen Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei einerseits eine depressive Episode, die aber als leicht eingestuft werden könne, und andererseits eine Schmerzverarbeitungsstörung, die nicht einer Diagnose nach ICD-10 entspreche, verantwortlich. Bei fehlenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren könne die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden. Diese Schmerzverarbeitungsstörung entspreche einer psychischen Überlagerung der Beschwerden, die aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe. Aus rein somatischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, sofern die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsposition regelmässig wechseln könne, längeres fixiertes Stehen oder längeres Sitzen, das Zurücklegen von längeren Gehstrecken und das Treppensteigen vermieden werden könne. Gemäss Arbeitsplatzschilderung der Beschwerdeführerin schienen diese Voraussetzungen am angestammten Arbeitsplatz erfüllt zu sein. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich bedingt durch die leichtgradige depressive Episode eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Insgesamt sei der Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit respektive jede andere leidensangepasste Tätigkeit seit Mai 2004 zu 80 % zuzumuten. Körperlich schwer belastende Tätigkeiten seien bleibend nicht mehr zumutbar. Aus internistischer Sicht

bestehe aufgrund der vorliegenden Befunde und Diagnosen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung des Rheumatologen Dr. J. \_\_\_ einer 50%igen Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat nicht nachvollziehbar. Die von ihm aufgeführten Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung und einer mittelschweren Depression mit Angst- und Schlafstörung hätten gemäß psychiatrischem Gutachten nicht bestätigt werden können. Auch die im Bericht des K. \_\_\_ vom 18. Juli 2005 gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne aktuell nicht bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin leide an leichtgradigen depressiven Verstimmungen. Ob damals wirklich eine mittelschwere depressive Episode vorgelegen habe, könne aufgrund der zur Verfügung stehenden Dokumentation rückblickend nicht beurteilt werden. Zum Zeitpunkt des Gutachtens liege jedoch mit Sicherheit nur eine leichte depressive Episode vor. Ebenso würden sich keine Hinweise auf eine vom K. \_\_\_ diagnostizierte Agoraphobie ergeben. Sie habe zwar Ängste unter vielen Menschen, deutliche psychische und vegetative Symptome als primäre Manifestation der Angst gebe sie jedoch nicht an. Vor allem fehle auch ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, wie dies für eine solche Diagnose notwendig wäre. So seien ihr beispielsweise längere Reisen durchaus möglich. Vor diesem Hintergrund könne es ihr aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, ihre bisherige Tätigkeit in einem Pensum von 80 % weiter auszuüben (Urk. 9/20 S. 14 ff.).

#### 4.2.1.1

Das polydisziplinäre Gutachten des O. \_\_\_ vom 23. März 2006, auf das sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Entscheid stütze, ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die medizinischen Vorakten ebenso wie die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen und dem Verhalten der untersuchten Person auseinander. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die darin gezogenen Schlussfolgerungen sind begründet, weshalb es alle rechtsprechungsgemäß erforderlichen Kriterien (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c) für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen erfüllt.

Die Beschwerdeführerin wendet dagegen ein, die Schlussfolgerungen des O. \_\_\_-Gutachtens vom 23. März 2006 (Urk. 9/20) ständen in massivem Widerspruch zu früheren ärztlichen Berichten, ohne dass diese Abweichungen in der Beurteilung hinreichend, nachvollziehbar und schlüssig begründet worden seien. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sei nicht nur von ihrem Hausarzt sondern auch von weiteren Ärzten bestätigt worden, weshalb darauf abzustellen sei (Urk. 1 S. 5 ff.).

Es trifft zu, dass die Beurteilung der Gutachter des O. \_\_\_ betreffend die psychiatrischen Diagnosen und den Umfang der Arbeitsunfähigkeit von jenen der behandelnden Ärzten abweichen. Die O. \_\_\_-Gutachter erörterten jedoch in Auseinandersetzung mit den fachärztlichen Beurteilungen von Dr. J. \_\_\_ und der K. \_\_\_ hinreichend und überzeugend, weshalb sie zu anderen Schlüssen kamen.

In rheumatologischer Hinsicht ging das O. \_\_\_-Gutachten bei grundsätzlich gleichlautenden Diagnosen anstelle der von Dr. J. \_\_\_ attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/6 S. 9 f.) von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit aus (Urk. 9/20 S. 15). Das O. \_\_\_ begründete dies fassbar dahingehend, dass die angegebenen Beschwerden aufgrund der objektivierbaren Befunde

nicht nachvollziehbar seien und daher von einer deutlichen psychosozialen Äußerlagerung ausgegangen werden müsse (Urk. 9/20 S. 9 und S. 15). Auch Dr. J. \_\_\_ bezeichnete die im klinischen Untersuch und in den ergänzenden Röntgenbilder der Becken- und der Lendenwirbelsäule fassbaren Befunde als eher diskret (Schreiben vom 24. August 2004, Urk. 9/9 S. 12) und die Beschwerden der schweren Coxarthrose als im Hintergrund stehend (Urk. 9/6 S. 9). Die verbleibende Arbeitsfähigkeit legte er - wie er explizit ausführte - aufgrund der von der Beschwerdeführerin geschilderten (subjektiven) Schmerzen und des bisherigen Verlaufs, mithin nicht aufgrund der objektivierbaren Befunde, auf 50 % fest (Urk. 9/6 S. 10). In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten liesse (BGE 130 V 353 Erw. 2.2.2). Die Einschätzung von Dr. J. \_\_\_ vermag die Beurteilung des O. \_\_\_-Gutachtens daher nicht in Zweifel zu ziehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Übrigen ist unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin eine psychische Äußerlagerung der Beschwerden vorliegt (Urk. 9/20 S. 12 und S. 15, Urk. 1 S. 8). Ob diese Äußerlagerung eine Arbeitsunfähigkeit bewirkt, hängt nach der Rechtsprechung davon ab, ob die versicherte Person aus medizinischer Sicht über psychische Ressourcen verfügt, die ihr aus objektiver Sicht eine Erwerbstätigkeit erlauben (vgl. BGE 130 V 255 Erw. 2.2.4). Das O. \_\_\_-Gutachten attestierte der Beschwerdeführerin eine weitgehende Überwindbarkeit der Schmerzsymptomatik. Und zwar begründete es in psychiatrischer Hinsicht überzeugend eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten respektive in einer leidensangepassten Tätigkeit trotz der diagnostizierten (aber nicht klassifizierbaren) Schmerzverarbeitungsstörung und der leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0), indem es die Symptome der Schlafstörungen, der Antriebsverminderung, der depressiven Verstimmung sowie der Ängste unter vielen Menschen als nicht derart ausgeprägt bezeichnete, dass die Beschwerdeführerin Aktivitäten nur noch unter erheblichen Schwierigkeiten oder überhaupt nicht mehr nachgehen könne. Sie sei nicht suizidal und es lägen keine Konzentrationsstörungen vor (Urk. 9/20 S. 12 f.). Auch die K. \_\_\_ klassifizierte die depressive Problematik im Bericht vom 18. Juli 2005 als depressive Episode gemäss ICD-10 F32, allerdings habe zur Zeit der letzten Untersuchung am 31. Mai 2005 eine mittelschwere depressive Episode vorgelegen (F32.1; Urk. 9/9/10 S. 1). Bei der depressiven Episode handelt es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern. Länger dauernde Störungen sind unter F33 (rezidivierende depressive Störung) oder F34 (anhaltende affektive Störung) zu subsumieren (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2007 in Sachen A., I. sozialrechtliche Abteilung, I 510/06, Erw. 6.3, mit Hinweis). Die von den Ärzten beschriebenen Leiden sind somit vorübergehender Natur und daher in der Regel nicht invalidisierend. Zwar wurde gemäss Bericht der P. \_\_\_ vom 29. Dezember 2004 eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.19) diagnostiziert, jedoch wurde diese Diagnose nicht von Fachärzten der Psychiatrie gestellt (Urk. 9/6 S. 5 f.), weshalb nicht darauf abzustellen ist. Die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode der K. \_\_\_ im Bericht vom 18. Juli 2005 aufgrund der

Untersuchung vom 31. Mai 2005 (Urk. 9/10 S. 1) fiel ausserdem in die Zeit vor Ablauf der einjährigen Wartezeit nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis Ende 2007 gewesenen Fassung) im August 2005 (vgl. Urk. 9/6 S. 1 in Verbindung mit Urk. 9/9 S. 1) und liegt damit vor dem (hypothetischen) Beginn des Rentenanspruchs am 1. August 2005 (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Es ist folglich für den relevanten Zeitraum ab 1. August 2005 mit dem O.\_\_\_\_-Gutachten davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin keine länger andauernde mittelschwere oder schwere depressive Störung vorlag. In diesem Zusammenhang geht auch der Einwand der Beschwerdeführerin fehl, sie erlaufe im Widerspruch zu der im O.\_\_\_\_-Gutachten festgehaltenen Diagnose einer leichten depressiven Störung die meisten, mindestens aber mehr als drei der unter ICD-10 F32.0 aufgeführten Symptome (Urk. 1 S. 10 f.). Für eine mittelgradige depressive Episode gemäss ICD-10 F32.1 müssen insgesamt mindestens sechs der in der Klassifikation genannten Symptome erfüllt sein (Dilling/Mombour/Schmidt/E. Schulte-Markwort [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 3. Aufl., Bern 2004, S. 105). Bei der Beschwerdeführerin sind indessen - wobei dies nur von psychiatrischen Fachärzten verbindlich beurteilbar ist und insofern das O.\_\_\_\_-Gutachten überzeugt - aus den Akten lediglich deren fünf auszumachen (Depressive Stimmung in ungewöhnlichem Ausmass, Interesse- und Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren, verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust mit entsprechender Gewichtsveränderung; Urk. 9/9-10, Urk. 9/20 S. 10 ff.). Auch insofern ist die vom O.\_\_\_\_-Gutachten gestellte Diagnose einer leichten depressiven Episode im Gegensatz zu jener der K.\_\_\_\_ nachvollziehbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zudem verneinte das O.\_\_\_\_-Gutachten einleuchtend das Vorliegen einer Agoraphobie mangels deutlicher psychischer und vegetativer Symptome als primäre Manifestation der Angst, eines ausgeprägten Vermeidungsverhaltens ( zum Beispiel seien ihr längere Reisen möglich) und mangels Beginn der Krankheit im frühen Erwachsenenalter (Urk. 9/20 S. 12 f.). Von einer unzureichenden Begründung kann auch diesbezüglich keine Rede sein. Auch der Einwand der Beschwerdeführerin, es werde bestritten, dass sich keine Hinweise auf eine Agoraphobie respektive auf ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten mit deutlichen psychischen und vegetativen Symptomen ergeben (Urk. 1 S. 11), greift nicht. Gemäss dem O.\_\_\_\_-Gutachten gab die Beschwerdeführerin solche psychische und vegetative Symptome gegenüber dem Gutachter nicht an (Urk. 9/20 S. 13). Schon der Bericht der K.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2005 erwähnte im Gegensatz zum Bericht der K.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2004 (Druck auf dem Sternum, Schwindel, Urk. 9/9 S. 14) nicht mehr explizit vegetative Symptome, sondern sprach lediglich von Hinweisen auf agoraphobische Ängste (Urk. 9/10 S. 3), was nicht überzeugt. Dagegen führte das O.\_\_\_\_-Gutachten aus, dass die unter vielen Menschen vorhandenen Ängste zur Diagnose einer Agoraphobie zu wenig einschränkend seien (Urk. 9/20 S. 13), was einleuchtend erscheint, da der Beschwerdeführerin etwa längere Reisen noch möglich sind. Wenn die Beschwerdeführerin zudem rät, diese Ängste müssten zumindest als erschwerender Faktor bei der Beurteilung des Grades der depressiven Episode berücksichtigt werden (Urk. 1 S. 12), übersieht sie, dass solche Ängste gemäss der Klassifikation des ICD-10 kein Symptom einer depressiven Episode darstellen. Diesen Ängsten der Beschwerdeführerin wurden im O.\_\_\_\_-Gutachten bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen (Urk. 9/20 S. 13). Hypochondrische Ängste,

welche von der K.\_\_\_\_ mit der Diagnose einer chronifizierten depressiven Störung (Urk. 9/10 S. 1) respektive einer mittelschweren depressiven Episode (Urk. 9/9 S. 13) genannt wurden und welche die Beschwerdeführerin ebenfalls zur Berücksichtigung des Grades der depressiven Episode geltend macht (Urk. 1 S. 12), sind für die Diagnose einer depressiven Episode und invalidenversicherungsrechtlich unerheblich.

Die Berichte der K.\_\_\_\_ (Urk. 9/9-10) vermöglichen den Beweiswert des O.\_\_\_\_-Gutachtens für den relevanten Zeitraum vor diesem Hintergrund nicht in Frage zu stellen, zumal es sich bei den Psychiatern der K.\_\_\_\_ ebenso wie beim Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 9/9 S. 1-4) und den Ärzten der P.\_\_\_\_ (Urk. 9/6 S. 7-10) um behandelnde Ärzte handelte, die mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004 in Sachen Z., I 814/03, Erw. 2.4.2). Die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vermag das O.\_\_\_\_-Gutachten ausserdem auch deshalb nicht in Zweifel zu ziehen, da er weder Facharzt für Rheumatologie noch für Psychiatrie ist und ein interdisziplinäres Gutachten für die Beurteilung der komplexen Leidensproblematik der Beschwerdeführerin sachgerechter erscheint.

Weiter begründete das O.\_\_\_\_-Gutachten nachvollziehbar, dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), welche allein von der P.\_\_\_\_ im Bericht vom 29. Dezember 2004 festgehalten worden war (Urk. 9/6 S. 5), mangels anhaltender starker psychosozialer oder emotionaler Belastungsfaktoren nicht zutrefte (Urk. 9/20 S. 12). Solche Belastungsfaktoren sind selbst dem Bericht der P.\_\_\_\_ nicht zu entnehmen und die Diagnose wurde nicht von Fachärzten der Psychiatrie gestellt (Urk. 9/6 S. 5 f.). Der Bericht der P.\_\_\_\_ vermag somit das O.\_\_\_\_-Gutachten ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen.

4.2.3 Auch die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten weiteren Rügen am O.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. März 2006 vermöglichen dessen Beweiswert nicht zu entkräften. Insbesondere erweisen sich die geltend gemachten Widersprüche (das bisherige Therapiekonzept sei als sehr gut beurteilt worden, obschon es nichts gebracht habe, und die aus rheumatologischer Sicht zumutbare Tätigkeit sei mit erheblichen Einschränkungen beschrieben und dennoch als normale Arbeitsfähigkeit bezeichnet worden; Urk. 1 S. 8 f.) im Kontext des Gutachtens als stimmige, mithin widerspruchsfreie Ausführungen. Auch der gerügte (Urk. 1 S. 9) Umstand, dass der bisherige Arbeitsplatz der Beschwerdeführerin im Gutachten gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin als mit wünschbarer Wechselbelastung ausgestattet bezeichnet wurde (Urk. 9/20 S. 15), obwohl diese Arbeit gemäss den Angaben des Arbeitgebers vorwiegend sitzend zu verrichten sei (Urk. 9/8 S. 4), ändert nichts am Ergebnis (vgl. Erwägung 5.2 hernach) und am im Gutachten unmissverständlich bestimmten zumutbaren Arbeitsbelastungsprofil einer wechselbelastenden Tätigkeit ohne längeres fixiertes Stehen, längeres Sitzen, längere Gehstrecken und ohne Treppensteigen (Urk. 9/20 S. 15), auf das abzustellen ist.

4.2.4 Schliesslich vermag auch der im Nachgang zur Replik eingereichte Bericht der Rheumaklinik des F.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2007 (Urk. 17/1) an der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensbedingten Tätigkeit gemäss O.\_\_\_\_-Gutachten nichts zu ändern. Dieser betrifft nicht den Zeitraum bis zum Erlass des streitigen Einspracheentscheides vom 4. Oktober 2006, was jedoch die Grenze richterlicher Überprüfungsbefugnis darstellt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

vom 9. November 2004 in Sachen K., I 711/03, Erw. 3.3 mit Hinweis auf RKUV 2001 Nr. U 419 S. 101; BGE 131 V 243 Erw. 2.1) und enthält zudem keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und ist bezüglich der nicht fachärztlich erhobenen Diagnose einer mittelschweren Depression mit Angst und Schlafstörungen in keiner Weise begründet.

4.3 Auf das O. \_\_\_-Gutachten vom 23. März 2006 (Urk. 9/20) und die darin festgehaltene Beurteilung einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit ist somit abzustellen. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht angezeigt.

## 5. Auf das O. \_\_\_

5.1 Mittels Einkommensvergleich ist nachfolgend zu prüfen, ob und inwiefern sich die 20%ige Arbeitsunfähigkeit auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt. Dazu sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs am 1. August 2005 massgebend, wobei das Valideneinkommen und das Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben sind (BGE 129 V 223 Erw. 4.1 und Erw. 4.2).

5.2 Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin zuletzt im Jahr 2005 bei der B. \_\_\_ ohne Gesundheitsschaden Fr. 46'020.- (13 x Fr. 3'540.-) brutto pro Jahr hätte erzielen können (Urk. 9/8 S. 2). Zur Berechnung des Invalideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin von diesem Valideneinkommen aus und reduzierte es entsprechend der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auf 80 % respektive auf Fr. 36'816.-, so dass ein Invaliditätsgrad von 20 % resultierte (Urk. 9/23 S. 2). Das Invalideneinkommen ist jedoch anhand der Tabellenreihe, Anforderungsniveau 4, der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (nachfolgend: LSE) zu bestimmen, selbst wenn man - wie dies das O. \_\_\_-Gutachten aufgrund der Schilderung der Beschwerdeführerin tat (Urk. 9/20 S. 9 und S. 15) - davon ausgehen wollte, dass die angestammte Tätigkeit einer leidensangepassten Tätigkeit entspricht. Denn das Arbeitsverhältnis der Beschwerdeführerin war bereits vor dem 1. August 2005 per Ende Mai 2005 aufgelöst worden und es kommen nach wie vor lediglich unqualifizierte, einfache Erwerbstätigkeiten in Frage. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Anzahl Wochenstunden im Jahr 2005 (41,6 Stunden; Die Volkswirtschaft, 12/2007, S. 98, Tabelle B9.2, Abschnitt Total) und der generellen Nominallohnentwicklung im Jahr 2005 (1,1 %; Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex aufgrund der Daten der Sammelstelle für Statistik der Unfallversicherung [SSUV], Tabelle 1.2.93, Nominallohnindex, Frauen, 2001 - 2005, Abschnitt Total) sowie eines 80%igen Arbeitspensums und eines angemessenen leidensbedingten Abzuges von 10 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 35'365.75 (Fr. 3'893.- [LSE 2004, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2006, Tabelle 1, S. 53] x 12 = Fr. 46'716.-, : 40 x 41,6 x 1,011 x 0,8 x 0,9) und ein Invaliditätsgrad von gerundet 23 %. Ein höherer Abzug als 10 % rechtfertigt sich nicht, was letztlich aber nicht ins Gewicht fällt. Nebst der Gesundheitsbeeinträchtigung vermögen insgesamt weder das Alter, die Dienstjahre oder die Aufenthaltskategorie der Beschwerdeführerin (sie ist seit 1999 eingebürgert, Urk. 9/1 S. 1) noch der Beschäftigungsgrad (vgl. BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen) den Einkommenserfolg zusätzlich zu reduzieren. Im Gegenteil wirkt sich ein reduziertes Arbeitspensum von 80 % bei Frauen lohn erhöhend aus (LSE 2004, a.a.O., Tabelle 6, S. 25).

5.3 Bei einem Invaliditätsgrad von 23 % besteht gemäss der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung von Art. 28 Abs. 1 IVG kein Anspruch auf eine

Invalidenrente. Dies fñ½hrt zur Abweisung der Beschwerde.

6.ââââââââ Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhñngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 900.- anzusetzen. Ausgangsgemñss sind die Gerichtskosten der Beschwerdefñ½hrerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.ââââââââ Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.ââââââââ Die Gerichtskosten von Fr. 900.- werden der Beschwerdefñ½hrerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.ââââââââ Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Urs Leemann

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zñ¼rich, IV-Stelle

- Bundesamt fñ½r Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

4.ââââââââ Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. des Bundesgesetzes ñ½ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wñ¼hrend 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).

ââââââââ Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

ââââââââ Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begrñ¼ndung 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 Hñ¼nden hat (Art. 42 BGG).

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