

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.01156 vom 13. März 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.01156](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.01156)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.01156 du 13 mars 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.01156 del 13 marzo 2008

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Dr. med. F. \_\_\_\_, Assistenzärztin G. \_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, nannte in einem Bericht vom 28. August 2003 als Diagnosen eine Fibromyalgie bei einer vegetativen Dystonie, eine chronische Migräne und eine Dysmenorrhoe (Urk. 8/7/5 = Urk. 12/8 S. 1).

Eine neurologische Abklärung im Februar 2002 habe einen unauffälligen Befund ergeben. Anamnestisch leide die Beschwerdeführerin seit mindestens 1985 unter einer rechtsbetonten Migräne, orthostatischem Schwindel, intermittierend auftretender Schübelkeit, Atemnot, Palpitationen sowie cervicalen und lumbalen Rückenschmerzen (Urk. 8/7/5 Mitte).

Bei der Beschwerdeführerin seien die klassischen Symptome einer Fibromyalgie sowie rechtsbetonter cervico- und lumbospondylogener Beschwerden vorhanden. Klinische Befunde, die auf eine Dermatomyositis, eine Myositis oder eine Sklerodermie hinweisen würden, beständen nicht (Urk. 8/7/6).

3.2. Die Beschwerdeführerin ist seit August 1986 bei Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt FMH für praktische Medizin, in Behandlung (Urk. 8/7/2 lit. D.1).

Im Bericht vom 5. Mai 2004 nannte Dr. H. \_\_\_\_, als Diagnosen ein Fibromyalgiesyndrom, eine mittelschwere bis schwere depressive Entwicklung, eine chronische Migräne und eine vegetative Dystonie. Die Symptome seien seit 1986 bekannt. Die richtige Diagnose sei im August 2003 gestellt worden (Urk. 8/7/1 lit. A).

Es liege eine klassische Kombination einer Fibromyalgie, einer depressiven Entwicklung und einer vegetativen Dystonie vor (Urk. 8/7/2 lit. D.7).

Die Beschwerdeführerin habe seit 1986 ausgeprägte, beidseits im Schultergürtel, der Halswirbelsäule und lumbal auftretende wellenförmige Muskel- und Sehnenschmerzen. Daneben habe sie, vor allem am Becken, mehrere Muskelbeziehungsweise Sehneninsertionsstellen. Die Symptome hätten im letzten Sommer deutlich zugenommen (Urk. 8/7/2 lit. D.7).

Den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bezeichnete Dr. H. \_\_\_\_, als stationär (Urk. 8/7/2 lit. C.1).

Ohne Belastung gehe es ihr zur Zeit besser. In einer leichten Arbeit bestehe theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von bis zu 30 %. Praktisch sei ein solches Pensum jedoch kaum zu realisieren (Urk. 8/7/2 lit. D.7). In der zuletzt ausgetretenen Tätigkeit bestehe seit dem 23. Juni 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8/7/1

lit. B).

3.3 Die Beschwerdeführerin ist seit November 2003 bei Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, in Behandlung (Urk. 8/9 lit. D.1).

In einem Bericht vom 7. Juni 2004 stellte Dr. I.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin leide an Weichteilschmerzen mit Betonung der Extremitäten. Seit einem Jahr seien progredient verlaufende Symptome des Fibromyalgiesyndroms vorhanden mit zunehmender Müdigkeit, Angeschlagenheit und permanenten praktisch am ganzen Rücken auftretenden Schmerzen. Diverse therapeutische Massnahmen hätten keine wesentliche Besserung gebracht.

Für leichte Arbeiten sei die Beschwerdeführerin zwei bis drei Stunden pro Tag arbeitsfähig. Aufgrund der gesamten Symptomatik handle es sich um eine rein theoretische Arbeitsfähigkeit. Praktisch sei diese nicht zu realisieren (Urk. 8/9 S. 2). In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit dem 23. Juni 2003 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/9 S. 1 lit. B).

3.4 Die Beschwerdeführerin ist zudem seit Dezember 2003 bei Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (Urk. 8/11 S. 5 lit. D.1).

In einem Bericht vom 4. September 2004 diagnostizierte Dr. K.\_\_\_\_ ergänzend eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt, bei einer anhaltenden Schmerzproblematik (Urk. 8/11 S. 5 lit. A).

Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie rasch ermüde und kraftlos sei. Bei einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit sei sie vergesslich, unsicher und nur gering belastbar (Urk. 8/11 S. 5 lit. D.4). Die Gedanken seien formal kohärent und inhaltlich auf die anhaltende Schmerzproblematik fixiert. In ihrer Grundstimmung sei sie bedrückt und besorgt. In ihrem Verhalten sei die Beschwerdeführerin sehr pflichtbewusst. Sie passe sich an und unterdrücke ihre Aggressionen. Anhaltspunkte für Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen beständen nicht (Urk. 8/11 S. 6 lit. D.5).

Eine wesentliche Änderung der Arbeitsfähigkeit sei in Anbetracht des bisherigen Verlaufs mittel- bis längerfristig nicht zu erwarten (Urk. 8/11 S. 6 Mitte).

3.5 Das bei der Medizinischen Abklärungsstelle, C.\_\_\_\_, in Auftrag gegebene Gutachten wurde am 11. April 2006 von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Allergologie und klinische Immunologie, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie, erstattet (Urk. 8/29/2).

Als Diagnosen nannten die Gutachter (Urk. 8/29/18 Ziff. 4.1-4.2):  
Hauptdiagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

- Ubiquitäres Schmerzsyndrom

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode

Nebendiagnose (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

- Migräne ohne Aura

-Â SpreizfÄ¼sse

-Â Leichter Hallux valgus beidseits

-Â Colon irritabile

Â Â Â Â Â Â Â Â Die BeschwerdefÄ¼hrerin habe bei der klinischen Untersuchung Schmerzen in jedem untersuchten KÄ¼rperteil angegeben (Urk. 8/29/8 Ziff. 3.1).

Â Â Â Â Â Â Â Â Wie Dr. M.\_\_\_\_ zur rheumatologischen Untersuchung festhielt, liege bei der BeschwerdefÄ¼hrerin ein ubiquitÄ¼res Schmerzsyndrom respektive ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit ubiquitÄ¼rer Druckdolenz vor, das in dieser AusprÄ¼gung keinem rheumatologischen Krankheitsbild entspreche. Die frÄ¼her gestellte Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms kÄ¼nne nicht bestÄ¼tigt werden. Da die Beschwerden keinem rheumatologischen Krankheitsbild zugeordnet werden kÄ¼nnten, sei es nicht mÄ¼glich, eine EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit zu attestieren (Urk. 8/29/12 Ziff. 3.2.5 Mitte).

Â Â Â Â Â Â Â Â Dr. med. N.\_\_\_\_ fÄ¼hrte zum psychiatrischen Status der BeschwerdefÄ¼hrerin aus, diese habe sich bei der Untersuchung mehrheitlich in einer leicht bedrÄ¼ckten Stimmung befunden. Sie habe sich ohne sichtbare Behinderung bewegen kÄ¼nnen. Ihre Mimik und Gestik habe wÄ¼hrend der Untersuchung nicht auf ein Schmerzerleben schliessen lassen. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht stark auf das Schmerzerleben eingengt und fixiert (Urk. 8/29/15 f.).

Â Â Â Â Â Â Â Â In anamnestischer Hinsicht liessen sich Symptome einer schmerzbedingten DurchschlafstÄ¼rung sowie von MÄ¼digkeit, Kraft- und Energielosigkeit und einer wechselhaften Stimmung mit gereizt aggressiven, weinerlichen und ausgeglichenen Momenten, einer allgemeinen Ä¼ngstlichkeit und eines zeitweiligen GefÄ¼hls allgemeiner Sinnlosigkeit eruieren. Die Symptome erfÄ¼llten die Kriterien einer depressiven Episode. Der Schweregrad sei als leichtgradig zu beurteilen (Urk. 8/29/16 Mitte). Als Ursache der depressiven StÄ¼rung kÄ¼men die andauernden Schmerzen der BeschwerdefÄ¼hrerin in Frage. Es lasse sich ein Schmerzsyndrom mit Schmerzen im ganzen KÄ¼rper nachweisen. Aus psychiatrischer Sicht sei zu erwÄ¼hnen, dass sich zum Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Schmerzen wie auch im bisherigen Verlauf keine psychosozialen Probleme oder emotionalen Konflikte eruieren liessen, die schwerwiegend genug wÄ¼ren, um in einem Zusammenhang mit der Schmerzentwicklung und der Aufrechterhaltung der Schmerzen zu stehen (Urk. 8/29/16 unten).

Â Â Â Â Â Â Â Â Es handle sich um eine rezidivierende depressive StÄ¼rung mit gegenwÄ¼rtig leichter AusprÄ¼gung. Eine anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung liege nicht vor. Ebenso kÄ¼nne eine KonversionsstÄ¼rung ausgeschlossen werden. Die BeschwerdefÄ¼hrerin sei nicht in der Lage, sich aus freiem Willen von den Symptomen zu befreien. Diesen komme Krankheitswert zu. BezÄ¼glich des Schweregrades der depressiven Episode bestehe eine Diskrepanz zur Beurteilung des behandelnden Psychiaters (Urk. 8/29/17 Mitte).

Â Â Â Â Â Â Â Â Zusammenfassend sei aufgrund der rezidivierenden depressiven Episode und des chronischen ubiquitÄ¼ren Schmerzsyndroms von einer leicht eingeschrÄ¼nkten ArbeitsfÄ¼higkeit auszugehen (Urk. 8/29/19 Mitte). Seit Juni 2003 bestehe eine ArbeitsunfÄ¼higkeit von 40 % (Urk. 8/29/19 Ziff. 7.1, 7.3). Es sei anzunehmen, dass sich die ArbeitsfÄ¼higkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin durch die

psychotherapeutische Behandlung in den letzten Monaten gebessert habe, so dass ihr seit Anfang 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % zugemutet werden könne (Urk. 8/29/20 Ziff. 7.3). Ein solches Pensum gelte sowohl für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als auch für anderweitige Tätigkeiten (Urk. 8/29/19 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Einschätzung der Gutachter rechtfertigten die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/29/20 Ziff. 7.4).

3.6 Ä Ä Ä Ä Dr. H. \_\_\_ bemerkte in einem Bericht vom 9. August 2006 zur Begutachtung durch das C. \_\_\_, eine einmalige Untersuchung könne nicht ersetzen, dass er die Beschwerdeführerin seit mehr als 20 Jahren kenne. Bei der Beschwerdeführerin könne er sich nur eine leichte psychisch und physisch nicht belastende Arbeit mit einem Pensum bis 30 % vorstellen (Urk. 8/37/2 = Urk. 3/4).

3.7 Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 10. August 2006 stellte Dr. K. \_\_\_ fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich entgegen der Annahme der C. \_\_\_-Gutachter nicht anhaltend verbessert. Es bestehe weiterhin eine depressive Symptomatik mittelgradiger Ausprägung. Das anhaltende Schmerzsyndrom sei kaum zu beeinflussen. Medizinisch-psychiatrisch lasse sich die Arbeitsunfähigkeit nicht reduzieren. Es sei weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % auszugehen (Urk. 8/37/3 = Urk. 3/5).

3.8 Ä Ä Ä Ä Nach einem Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom 14. August 2006 sei es im Verlauf des letzten Jahres eher zu einer Verschlechterung der lumbalen Beschwerden und der Weichteilschmerzen gekommen. Die theoretische Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liege nach wie vor bei drei Stunden pro Tag (Urk. 8/37/1 = Urk. 3/3).

3.9 Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 30. November 2006 bemerkte Dr. H. \_\_\_, die bekannten Symptome hätten nach einigen Jahren etwas nachgelassen. Die Beschwerdeführerin bleibe jedoch sehr wenig belastbar. Zu erwähnen sei, dass die Beschwerdeführerin mehrheitlich an subjektiven Beschwerden leide (Schmerzen aufgrund einer Fibromyalgie, depressive Symptome), die objektiv kaum nachgewiesen werden könnten, die aber für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Bedeutung seien. Es sei weiterhin von der bereits genannten Arbeitsfähigkeit von 30 % respektive einem Arbeitspensum von maximal zwei bis drei Stunden pro Tag für eine leichte, angepasste Tätigkeit auszugehen (Urk. 8/51 = Urk. 3/6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einem weiteren Bericht vom 9. Februar 2007 bemerkte Dr. H. \_\_\_, es sei unklar, weshalb die Fibromyalgie nicht als Diagnose akzeptiert werde. Die Ärzte des G. \_\_\_ hätten dieselbe Diagnose gestellt. Bei der Beschwerdeführerin seien die klassischen Symptome einer Fibromyalgie erfüllt (Urk. 12/7 Ziff. 2). Auch wisse er nicht, weshalb die Depression nicht relevant für die Arbeitsfähigkeit sei (Urk. 12/7 Ziff. 1).

3.10 Ä Ä Die Beschwerdeführerin reichte am 13. Juni 2007 (Urk. 16) einen Bericht der E. \_\_\_, Private Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. April 2007 ein (Urk. 17). Dem von lic. phil. O. \_\_\_, Psychologin, med. prakt. P. \_\_\_, Oberarzt, und PD Dr. Dr. Q. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Chefarzt Schwerpunktangebote, unterzeichneten Bericht ist zu entnehmen, dass die

Beschwerdeführerin vom 6. März bis 12. April 2007 in der E.\_\_\_\_ in stationärer Behandlung war (Urk. 17 S. 1).

Die Ärzte der E.\_\_\_\_ stellten bei der Beschwerdeführerin eine schwere depressive Episode aufgrund eines generalisierten Schmerzsyndroms bei bekannter Fibromyalgie fest (Urk. 17 S. 3 oben). In der Krankengeschichten erwähnten O.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ und PD Dr. Dr. Q.\_\_\_\_ eine seit rund drei Jahren bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 17 S. 2 oben).

Die Beschwerdeführerin sei im Affekt schwer deprimiert. Es bestehe eine emotional stark verminderte Schwingungsfähigkeit. Auch der Antrieb und die Psychomotorik seien vermindert. Weiter sei ein sozialer Rückzug festzustellen. Eine akute Suizidalität könne ausgeschlossen werden (Urk. 17 S. 2 Mitte).

Wie die Beschwerdeführerin im Schreiben vom 13. Februar 2007 an das Sozialversicherungsgericht erklärte, hätten die von der E.\_\_\_\_ diagnostizierten Symptome schon zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung bestanden (Urk. 16 Mitte).

Dr. K.\_\_\_\_ berichtete am 15. Juni 2007, die Beschwerdeführerin leide nach der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik seit Ende Mai 2007 wieder vermehrt an depressiven Symptomen wie einer deprimiert-ängstlichen Stimmung, an einem Verlust der Interessen, an einem verminderten Antrieb und an Selbstunsicherheit. Die Symptome hätten das Ausmass einer mittelgradigen Depression angenommen. Aufgrund der auf das Fibromyalgiesyndrom zurückzuführenden anhaltenden Schmerzen sei längerfristig von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 - 60 % auszugehen (Urk. 19).

#### E. 4

Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ diagnostizierten bei der Beschwerdeführerin ein chronisches Fibromyalgiesyndrom, eine vegetative Dystonie, eine chronische Migräne und eine Dysmenorrhoe (Urk. 8/9 lit. A). Der behandelnde Psychiater, Dr. K.\_\_\_\_, stellte zudem eine rezidivierende depressive Stimmung mittelgradiger Ausprägung fest (Urk. 8/11 S. 5 lit. A, Urk. 8/37/3).

Nach der Beurteilung durch Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ liege die Arbeitsfähigkeit in einer leichten, behinderungsangepassten Tätigkeit bei 30 % beziehungsweise bei zwei bis drei Stunden pro Tag, wobei die Arbeitsfähigkeit praktisch kaum zu realisieren sei (Urk. 8/7/2 unten). Nach Einschätzung durch Dr. K.\_\_\_\_ sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % auszugehen (Urk. 8/37/3).

Abweichend zur Einschätzung des behandelnden Psychiaters stellten die Gutachter eine rezidivierende depressive Stimmung mit gegenwärtig leichter Ausprägung fest (Urk. 8/29/17 Mitte).

Das Gutachten des C.\_\_\_\_ ist umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Die abweichende Beurteilung der Gutachter ist vor dem Hintergrund zu verstehen, dass die Gutachter eine Fibromyalgie ausschlossen und sie die Beschwerden keinem rheumatologischen Krankheitsbild zuordnen konnten (Urk. 8/29/12 Ziff. 3.2.5).

Die Dres. H.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ beurteilten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fachspezifisch aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht. Zwar stellten Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ übereinstimmend eine theoretische

Arbeitsfähigkeit von 30 % für eine leichte Arbeit und eine volle Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit fest, doch bleibt unklar, wie die vom Psychiater angenommene Arbeitsunfähigkeit von 40 % mit der höheren Arbeitsunfähigkeit gemäss Dr. H. \_\_\_ und Dr. I. \_\_\_ zu vereinbaren wäre. Demgegenüber gelangten die Gutachter gestützt auf die polydisziplinäre Untersuchung der Beschwerdeführerin übereinstimmend zu einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % (ab Juni 2003, Urk. 8/29/20 Ziff. 7.4). Für das Gutachten des C. \_\_\_ spricht weiter, dass die Beschwerdeführerin auch nach Dr. H. \_\_\_ mehrheitlich an subjektiven, objektiv kaum nachweisbaren Beschwerden leidet (Urk. 8/51 S. 1 unten). In diesem Sinne ist nachvollziehbar, dass die Gutachter die Beschwerden keinem rheumatologischen Krankheitsbild zuordnen konnten.

Was die Beschwerdeführerin unter Berufung auf Dr. H. \_\_\_ gegen die Begutachtung vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. So könnte der Einwand der mehrjährigen Behandlung durch Dr. H. \_\_\_ (Urk. 8/37/2 Mitte) gegen jedes Gutachten angeführt werden. In diesem Zusammenhang ist auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Arztberichten von Hausärztinnen und Hausärzten hinzuweisen, wonach das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Demnach spricht die langjährige Betreuung durch den Hausarzt und durch Dr. K. \_\_\_ und Dr. I. \_\_\_ entgegen der Beschwerdeführerin gerade für die Abklärung durch eine unabhängige Begutachtungsstelle.

4.3 Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort neu eine reformatio in peius. Zur Begründung führte sie aus, die von den C. \_\_\_-Gutachtern gestellten Diagnosen eines ubiquitären Schmerzsyndroms und einer rezidivierenden depressiven Stimmung seien in dieselbe Kategorie psychiatrischer Leiden wie eine somatoforme Schmerzstörung oder ein Fibromyalgiesyndrom einzureihen. Unter Berücksichtigung der Anamnese und der Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung sei davon auszugehen, dass es sich bei den depressiven Stimmungslagen (depressive Stimmung, gegenwärtig leichtgradiger Episode) um reaktive Begleiterscheinungen des Schmerzsyndroms und nicht um ein selbständiges, vom Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität handle (Urk. 7 S. 3).

Die Beschwerdegegnerin hält das Gutachten für umfassend. Dennoch will sie hinsichtlich der psychiatrischen Problematik nicht vollumfänglich darauf abstellen (Urk. 7 S. 2 Ziff. 5 unten). Dr. N. \_\_\_ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin im Wesentlichen eine rezidivierende depressive Stimmung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode (Urk. 8/29/15 Ziff. 3.3.4). Dass die Beschwerdeführerin an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidet, schloss er aus (Urk. 8/29/17 Mitte).

Nach der Rechtsprechung vermag eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung allein in der Regel keine lang andauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (BGE 130 V 352). Die entsprechenden Grundsätze werden von der Rechtsprechung auch bei einer Fibromyalgie angewendet (BGE 132 V 65 Erw. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach den C.\_\_\_\_-Gutachtern leidet die Beschwerdeführerin weder an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung noch an einer Fibromyalgie. Dem Gutachten ist weiter zu entnehmen, dass Dr. N.\_\_\_\_ den Schmerzen der Beschwerdeführerin neben der rezidivierenden depressiven Störung keine eigenständige Bedeutung beimass. So führte Dr. N.\_\_\_\_ im psychiatrischen Teil des Gutachtens als Diagnose einzig die bekannte rezidivierende depressive Störung an (Urk. 8/29/15 Ziff. 3.3.4). Dass es sich bei der depressiven Störung lediglich um eine reaktive Begleiterscheinung der Schmerzen der Beschwerdeführerin handelt, lässt sich gestützt auf das Gutachten nicht sagen. Entsprechend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Wesentlichen an einer eigenständigen rezidivierenden depressiven Störung mit leichtgradiger Episode leidet. Somit kann vollumgänglich auf das Gutachten des C.\_\_\_\_ abgestellt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da die Beschwerdeführerin bereits hinreichend untersucht wurde, besteht kein Grund für weitere Abklärungen.

4.4 Ä Ä Ä Ä Nach den Gutachtern ist die Beschwerdeführerin seit Anfang 2005 noch leicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, wobei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte und jede andere Tätigkeit bei 70 % liegt (Urk. 8/29/20 Ziff. 7.3, Urk. 8/29/19 Ziff. 5 und 6). Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ist nach den Gutachtern auf die psychotherapeutische Behandlung der letzten Monate zurückzuführen (Urk. 8/29/20 Ziff. 7.3). Darauf ist abzustellen. Für diese Einschätzung spricht, dass auch Dr. H.\_\_\_\_ im Bericht vom November 2006 ein Nachlassen der Symptome feststellte (vgl. Urk. 8/51 S. 1 unten), was auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin schliessen lässt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverföhung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243; 121 V 362 E. 1b S. 366).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin reichte einen Bericht der E.\_\_\_\_ vom 24. April 2007 (Urk. 17) und einen Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 15. Juni 2007 (Urk. 19) nach, die belegen sollen, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht verbessert, sondern verschlechtert hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 24. April 2007 diagnostizierten med. prakt. P.\_\_\_\_, lic. phil. O.\_\_\_\_ und PD Dr. Dr. Ekkehard Q.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwerer Episode (Urk. 17 S. 1). Der Bericht betrifft den Zeitraum vom 6. März bis 12. April 2007, als sich die Beschwerdeführerin stationär in der E.\_\_\_\_ aufhielt. Entgegen der Beschwerdeführerin (Urk. 16 unten) kann aufgrund des Berichts nicht auf ihren Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der angefochtenen Verföhung vom 23. November 2006 geschlossen werden. Die Ärzte der E.\_\_\_\_ bestätigten in der Anamnese die von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit, doch setzten sie sich nicht weiter mit der Frage der Arbeitsfähigkeit auseinander (Urk. 17 S. 2 oben). Auf den Bericht der E.\_\_\_\_ kann daher nicht abgestellt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenso wenig lässt sich aus dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 15. Juni 2007 auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung schliessen, bezieht sich Dr. K.\_\_\_\_ darin doch explizit auf den Zustand der Beschwerdeführerin im Mai 2007 (Urk. 19 Mitte).

## E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Nach dem C.\_\_\_\_-Gutachten lag die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ab Juni 2003 bei 40 % (Urk. 8/29/20 Ziff. 7.3). Nach Ablauf der einjährigen Wartefrist ist ein allfälliger Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG daher frühestens am 1. Juni 2004 entstanden.

5.2 Ä Ä Ä Ä Laut der Arbeitgeberin verdiente die Beschwerdeführerin 2002 Fr. 3'500.-- pro Monat (Urk. 8/8 Ziff. 12). Vor ihrer Erkrankung erzielte sie 2003 einen Verdienst von Fr. 45'572.-- (Urk. 8/8 Ziff. 20). Zur Bestimmung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Valideneinkommens kann auf das 2003 effektiv erzielte Einkommen der Beschwerdeführerin abgestellt werden. Bei einer Nominallohnentwicklung von 0.9 % für das Jahr 2004 (Die Volkswirtschaft, 1/2/2008, S. 99, Tabelle B10.2) ist für 2004 von einem Valideneinkommen von Fr. 45'982.-- (Fr. 45'572.-- x 1.009) auszugehen.

5.3 Ä Ä Ä Ä Da die Beschwerdeführerin ab Juni 2004 in der angestammten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig war, hätte sie 2004 ein Invalideneinkommen von Fr. 27'589.-- (Fr. 45'982.-- x 0.6) erzielen können, was eine Einkommensdifferenz von Fr. 18'393.-- und einen Invaliditätsgrad von 40 %, wie von der Beschwerdegegnerin berechnet, ergibt. Entsprechend steht der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juni 2004 eine Viertelsrente zu.

5.4 Ä Ä Ä Ä Die Beurteilung der Gutachter, wonach ab Januar 2005 von einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit auszugehen ist, erfolgte im April 2006 aus einer zeitlichen Distanz von über einem Jahr. Damit beschlug sie auch die dazwischen liegende Zeitspanne, womit zum Ausdruck gebracht wird, dass gemäss gutachterlicher Einschätzung ab Januar 2005 dauerhaft und stabilisiert eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bestand. Mithin ist Januar 2005 der Zeitpunkt, für den anzunehmen ist, dass die festgestellte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit für längere Zeit andauern wird (vgl. das Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. November 2007, Verfahren Nr. IV.2006.00830, Erw. 5.3).

5.5 Ä Ä Ä Ä Bei einer Nominallohnentwicklung von 0.9 % für das Jahr 2004 und 1 % für das Jahr 2005 (Die Volkswirtschaft, a.a.O.) ist ab dem 1. Januar 2005 von einem Valideneinkommen von Fr. 46'442.-- (Fr. 45'572.-- x 1.009 x 1.01) und bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 70 % in der angestammten Tätigkeit von einem Invalideneinkommen von Fr. 32'509.-- (Fr. 46'442.-- x 0.7) auszugehen. Somit ergibt sich eine Einkommensdifferenz von Fr. 13'933.--, was einem Invaliditätsgrad von 30 % entspricht. Daraus folgt, dass der Anspruch der Beschwerdeführerin bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 30 % auf den 1. Januar 2005 aufzuheben ist.

5.6 Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Juni bis 31. Dezember 2004 Anspruch auf eine Viertelsrente hat, während ab dem 1. Januar 2005 kein Rentenanspruch mehr besteht. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die Beschwerde abzuweisen.

6. 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 in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 800.-- anzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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