

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00177 vom 28. November 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-11-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00177](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00177)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00177 du 28 novembre 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00177 del 28 novembre 2008

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 29. Dezember 2006 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR

1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2.1

2.1 Die Beschwerdeführerin machte zunächst geltend, massgebender Vergleichszeitpunkt für den heutigen Sachverhalt sei der Erlass der Verfügung (richtig wohl: Vorbescheid) vom 18. Oktober 2002 (Urk. 1 Ziff. 8 S. 3, Ziff. 15 S. 5). Seit jenem Zeitpunkt habe sich laut medizinischen Akten insbesondere ihr psychischer Gesundheitszustand verschlechtert; unter anderem nehme sie neu Antidepressiva ein. Die regionalärztliche Feststellung, dass die Befunde im psychiatrischen Arztzeugnis nicht auffälliger als in den Vorakten seien, sei klar aktenwidrig, zumal damals überhaupt keine psychiatrischen Befunde vorgelegen hätten (Urk. 1 Ziff. 9-15 S. 4 f.).

Was den Einkommensvergleich betreffe, so sei nunmehr die Höhe der Einkommen korrigiert worden, doch sei angesichts der gesundheitlichen Beschwerden und der sehr schlechten Deutschkenntnisse ein Leidensabzug von 20 % statt nur 10 % gerechtfertigt, womit ein Invaliditätsgrad von 62 % resultiere (Urk. 1 Ziff. 17-18 S. 5).

Schliesslich sei trotz diagnostizierter somatoformer Schmerzstörung nicht abgeklärt, ob die Beschwerdeführerin über die erforderlichen Ressourcen verfüge, trotz subjektiv erlebter Schmerzen einer Arbeit nachzugehen. Dies sei mittels eines psychiatrischen Gutachtens durch die Beschwerdegegnerin abklären zu lassen (Urk. 1 Ziff. 19 S. 5).

2.2 Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung demgegenüber die Auffassung, dass gemäss neuen ärztlichen Unterlagen vor allem der psychische Zustand sich zusätzlich invalidisierend auswirke, die Befunde jedoch laut psychiatrischem Arztbericht nicht auffälliger seien als in den Vorakten, zahlreiche invaliditätsfremde Aspekte aufgeklärt würden und eine darüber hinaus gehende psychische Problematik oder Komorbidität nicht bestehe, weshalb eine veränderte Situation nicht erkennbar sei. Nach Überprüfung der beim Einkommensvergleich verwendeten Einkommen, sei von einem Valideneinkommen von Fr. 52'932.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 22'678.-- auszugehen, woraus unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 10 % ein Invaliditätsgrad von 57 % und damit ein Anspruch auf eine halbe Rente resultiere (Urk. 2 S. 2).

Vernehmlassungsweise hielt sie daran unter Verweis auf die Würdigung der medizinischen Situation durch den Regionalärztlichen Dienst fest (Urk. 7).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist somit der für den Vergleich mit dem heutigen Gesundheitszustand massgebende Zeitpunkt, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie die Höhe des Leidensabzuges. Unbestritten blieben die neu festgesetzten Validen- und Invalideneinkommen.

3. Der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruht (vgl. vorstehend Erw. 1.2), datiert vom 26. November 2004 (Urk. 8/55). Anlässlich der damaligen Revision wurden medizinische (Urk. 8/25-26, Urk. 8/35, Urk. 8/39, Urk. 8/41) und erwerbliche (Urk. 8/24, Urk. 8/30-31, Urk. 8/40) Abklärungen getätigt, sodass dieser Zeitpunkt die für den Eintritt der Verschlechterung des Gesundheitszustandes massgebliche Vergleichsbasis bildet. Auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs wurde zu Recht verzichtet, nachdem eine invalidenversicherungsrechtlich massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes verneint worden war und keine Anhaltspunkte für eine erhebliche Veränderung des gleich gebliebenen Gesundheitszustandes vorlagen.

Entgegen der Ausführungen der Beschwerdeführerin kann demnach nicht auf die frühere Verfügung vom 22. Januar 2003 (Urk. 8/19-20) beziehungsweise - worauf sich die Beschwerdeführerin bezieht (Urk. 1 Ziff. 8 S. 3) - auf den Vorbescheid vom 18. Oktober 2002 (Urk. 8/14) abgestellt werden. Anzumerken bleibt, dass auch die Verfügung vom 20. Oktober 2005 (Urk. 8/71), mit welcher die Arbeitsvermittlung abgeschlossen wurde, nicht massgeblich ist, weil darin der Rentenanspruch nicht geprüft wurde. Ausser Betracht bleibt mangels Sachverhaltsabklärung auch die Verfügung vom 4. April 2006 (Urk. 8/80), mit welcher die Plafonierung der Rente verfügt wurde.

Zusammenfassend ist somit die Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit Erlass des Einspracheentscheides vom 26. November 2004 (Urk. 8/55) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Dezember 2006 (Urk. 2) zu prüfen.

#### 4.

4.1 Im Zeitpunkt der Zusprache einer halben Rente mit Verfügung vom 22. Januar 2003 stellte die Beschwerdegegnerin auf den Arztbericht von Dr. med. A. \_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, vom 4. Oktober 2002 ab (Urk. 8/11, Urk. 8/13). Dieser erachtete eine Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Haushälterin von 50 % seit 7. Januar 2002 bis auf weiteres als gegeben (Urk. 8/11 lit. B) und nannte folgende Diagnosen (Urk. 8/11 lit. A):

- chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom therapierefraktär bei lumbospondylogem Schmerzsyndrom bei degenerativen Lendenwirbelsäule-Veränderungen bei L4 bis S1 sowie Bogenschlussanomalie L5, ausserdem chronisches Zervikothorakalsyndrom; bestehend seit über zehn Jahren
- chronische Periarthropathia genu rechts, therapierefraktär (Status nach Arthroskopie, MRI 19. Juni 2001: Partialexision vorderes Kreuzband); bestehend seit März 2002
- chronisches subacromiales Schmerzsyndrom ebenfalls therapierefraktär, bei Impingement-Symptomatik links, Typ II Akromion und Tendinitis der Supraspinatussehne (MRI 10. Juli 2001); bestehend seit April 2000

Damit im Wesentlichen übereinstimmende Diagnosen nannten Dr. med. B. \_\_\_\_, Klinik C. \_\_\_\_, Rheuma- und Rehabilitationszentrum mit Austrittsbericht vom 17. September 2002 (Urk. 8/12/3-9) sowie Dr. med. D. \_\_\_\_, Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie FMH, mit Bericht vom 9. Oktober 2002 (Urk. 8/12/1-2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bis zum Erlass des Einspracheentscheides vom 26. November 2004 wurden sodann folgende Arztberichte eingeholt:

4.2 Ä Ä Ä Dr. D.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 12. Mai 2003 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/25/3, Urk. 8/25/1 lit. A):

- Fibromyalgie-Syndrom

- lumbospondylogenes Syndrom bei massigen degenerativen Veränderungen, ebenfalls leichtgradige degenerative Veränderungen im Bereiche der Halswirbelsäule

- femoropatellares Schmerzsyndrom links, Zustand nach rezidivierenden Patellaluxationen, mediale Meniskusläsion intramural und Partialläsion des vorderen Kreuzbandes rechts (MRI 10/01 und 6/02)

- chronische Tendinose der linken Supraspinatussehne, Bursitis suba-kromialies, AC-Arthrose (Arthro-MRI 7/01)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Befunde nannte er hinsichtlich der Wirbelsäule eine Hyperlordose lumbal, Schober 14.5 cm, Schmerzen bei allen Bewegungen der Lendenwirbelsäule und der bezüglich Rotation deutlich eingeschränkten Halswirbelsäule, eine geringfügige Einschränkung der Rotation der Brustwirbelsäule mit Endphasenschmerzen bei Drehung nach links, 1/5 Waddell-Zeichen. Zu den peripheren Gelenken vermerkte er eine starke Druckempfindlichkeit; 12/18 der sogenannten tender points seien positiv (Urk. 8/25/4 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung führte er aus, dass sich zusätzlich zu den schon früher bekannten regionalen Gelenkproblemen jetzt ein Fibromyalgie-Syndrom entwickelt habe. Die Beschwerdeführerin verneine psychische Probleme standhaft. Als Behandlung schlage er auf die Nacht ein sedierendes Antidepressivum vor. Am besten sei, wenn die Beschwerdeführerin zur Einsicht geführt werden könne, dass Schmerzen auch psychologische Komponenten besitzen, und dass durchaus Ressourcen beständen, den Umgang mit diesen Schmerzen zu verbessern (Urk. 8/25/4 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit hielt er das gegenwärtige Pensum von 50 % seit 23. Mai 2001 für zumutbar (Urk. 8/25/4 unten)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Bericht vom 4. Juli 2003 bestätigte Dr. D.\_\_\_\_ im Wesentlichen diese Diagnosen und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/25/1 lit. A und B).

4.3 Ä Ä Ä Mit Bericht vom 7. Juli 2003 nannte Dr. A.\_\_\_\_ zusätzlich zu den bereits bekannten Diagnosen gemäss seinem Bericht vom 4. Oktober 2002 (Urk. 8/11, vgl. vorstehend Erw. 4.1) neu das durch Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte Fibromyalgie-Syndrom (Urk. 8/26/1 lit. A). Auf dessen Bericht verwies er auch betreffend der erhobenen Befunde und spezialärztlichen Untersuchungen (Urk. 8/26/2 lit. D.5-6). In der angestammten Tätigkeit als Haushälterin sei die Beschwerdeführerin seit 7. Januar 2002 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 8/26/1 lit. B).

4.4 Ä Ä Ä Mit Schreiben vom 30. November 2003 teilte Dr. D.\_\_\_\_ mit, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich weiter verschlechtert, und seit dem 6. November 2003 sei diese zu 75 % arbeitsunfähig (Urk. 8/35).

4.5 Ä Ä Ä Dr. med. E.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, welcher die Beschwerdeführerin seit 21. Januar 2004 behandelte (Urk. 8/41 lit. D.1), diagnostizierte im Bericht vom 26. April

2004 ein panvertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Lenden- und Halswirbelsäulen-Veränderungen sowie ein Fibromyalgie-Syndrom, progredient seit Dezember 2003 (Urk. 8/41 lit. A).

Seit ihrem Aufenthalt in der Klinik C. \_\_\_ bis zum 25. Oktober 2003, anlässlich welchem die Schmerzproblematik nicht wesentlich beeinflusst werden können, habe sie die Arbeit nicht wieder aufgenommen und sei aktuell arbeitslos (Urk. 8/41 lit. D.3). Als auffällige Befunde nannte er unter anderem eine Adipositas, eine lumbale Hyperlordose, eine Brustwirbelsäulen-Kyphose, einen Muskelhartspann sowie eine Wirbelsäulen-Beweglichkeit, welche allseits in Endstellung schmerzhaft sei (Urk. 8/41 lit. D.5). Er empfehle eine Schmerztherapie mit Psychotherapie zur besseren Schmerzverarbeitung (Urk. 8/41 lit. D.7).

Seit 6. Oktober 2003 (Urk. 8/41 lit. D.3) beziehungsweise seit November 2003 (Urk. 8/41 lit. B) sei die Beschwerdeführerin vollumfänglich arbeitsunfähig; im Beiblatt zur medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit wurde eine Berufstätigkeit von 3 Stunden pro Tag als zumutbar erachtet (Urk. 8/41/4).

In der namens der Beschwerdeführerin erhobenen Einsprache vom 15. September 2004 führte Dr. E. \_\_\_ aus, dass aufgrund der neu hinzugekommenen Schmerzen und Schwäche in Hand- und Fussgelenken von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen sei; von einer neuerlichen stationären Rehabilitation sei in Kenntnis der Vorgeschichte keine Besserung zu erwarten. Durch den schmerzbedingten Bewegungsmangel sei es zu einer weiteren Gewichtszunahme gekommen, sodass die Adipositas eher die Folge des Grundleidens und nicht ein Co-Faktor sei; eine Ernährungsberatung sei fehlgeschlagen (Urk. 8/51 S. 1 f.).

## E. 5

Am 18. April 2005 berichteten Dr. med. F. \_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. G. \_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, über die von ihnen durchgeführten rheumatologischen (Urk. 8/67/3-6) und psychosomatischen (Urk. 8/67/10-16 = Urk. 8/86/5-11) Untersuchungen vom 4. April 2005 (Urk. 8/67/7-9). Zusammenfassend diagnostizierten sie (Urk. 8/67/8) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein chronisches unspezifisches weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.2) bei degenerativer Veränderung der Wirbelsäule, eine Gonarthrose beidseits (ICD-10 M17.9) sowie eine Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne links (ICD-10 M75.0). Als psychiatrische Differentialdiagnose nannte Dr. F. \_\_\_ mit Bericht vom 8. April 2005 zudem psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (Urk. 8/67/16).

Dr. G. \_\_\_ führte aufgrund seiner rheumatologischen Teiluntersuchung unter anderem aus, dass verglichen mit den Voruntersuchungen von 2003 die rheumatologischen Befunde abgesehen von der generalisierten Druckdolenz in etwa unverändert seien (Urk. 8/67/6).

Aufgrund seiner psychiatrischen Teiluntersuchung hielt Dr. F. \_\_\_ insbesondere Folgendes fest: Um einer völligen Inaktivität vorzubeugen, habe die Beschwerdeführerin seit 2002 einen Hund, mit dem sie regelmässig spazieren gehe. Im Sinne von Fitness und Therapie gehe sie dreimal pro Woche ins Schwimmen und ins Aquafit. Dass sie als einzige in der Familie erkrankt sei, empfinde die Beschwerdeführerin als demütigend; dies gelte auch für die Umstände der

Kündigung ihrer letzten Arbeitsstelle bei Dr. A. \_\_\_ per Januar 2004. Sie würde gerne zu 50 % arbeiten, sei jedoch überzeugt, dass sie keine für sie geeignete Arbeiten finden würde. Sie sei der Auffassung, dass sie in früheren Zeiten ihre Arbeitskraft aufgebraucht habe, schliesslich sei sie nicht zuletzt der Tochter zuliebe unter grossen Schmerzen arbeiten gegangen. In ihrem eigenen Haushalt sei sie auf die Hilfe der Nachbarin angewiesen, da sie ihre Tochter, welche Gymnasialschülerin sei, nicht strapazieren wolle. Zum Untersuchungszeitpunkt sei die Beschwerdeführerin nicht depressiv, klage aber über anhaltende Sorgen wegen der Rente der Invalidenversicherung und des allgemeinen Geldmangels. Fremdanamnestiche Schilderungen auffälligen Verhaltens seien vor dem soziokulturellen Hintergrund (Süditalienerin) zu werten. Ausserhalb der arbeitsspezifischen Belastungssituationen wie Arbeiten oder Arbeitssuche schildere sie sich bei guter Stimmung, gehe viel mit dem Hund spazieren und beschreibe mit Ausnahme der Schmerzen als subjektivem Geschehen keine Beeinträchtigung ihrer Genussfähigkeit; sie könne das Leben geniessen. Unter den gegebenen Umständen könne eine zumindest teilweise bestehende Rentenbegehrllichkeit nicht ausgeschlossen werden (Urk. 8/67/12-15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend hielten Dr. G. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_ fest, dass die geklagten Beschwerden zwar zu einer deutlich reduzierten Belastbarkeit führten, jedoch nicht vollständig durch die beschriebenen Diagnosen erklärt werden könnten. Neben einer erheblichen Dekonditionierung bestehe auch eine mangelnde Bereitschaft, ein gewisses Mass an Beschwerden zu tolerieren und an effektiven funktionellen Limiten zu arbeiten. Die Beschwerdeführerin zeige sich sehr selbstlimitierend, auf ihre körperlichen Einschränkungen fixiert und weise ein auffälliges Schmerzverhalten auf (Urk. 8/67/7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da alle bis anhin durchgeführten ambulanten Physiotherapien zu keiner Beschwerdebesserung geführt hätten und auch stationäre Rehabilitationsbehandlungen mit klassischer schmerz- und symptomorientierter Rehabilitation im Jahre 2002 sowie psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung im Jahre 2003 nicht zu einer anhaltenden Schmerzlinderung beigetragen hätten, sei momentan keine Indikation zu einer ambulanten oder stationären Rehabilitation gegeben. Empfohlen werde weiterhin die Durchführung des physiotherapeutischen Heimprogramms sowie sportliche Aktivitäten, welche die unbedingt notwendige Gewichtsreduktion unterstützten. Angezeigt sei auch weiterhin die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung. Obschon im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Zeichen einer langdauernden depressiven Reaktion oder einer rezidivierenden depressiven Störung bestanden hätten, sollte im Sinne einer Co-Analgesie und zentralen Schmerzmodulation wiederum ein antidepressives Präparat eingesetzt werden; wegen der Schlafstörung werde eine medikamentöse Schlafunterstützung empfohlen (Urk. 8/67/6, Urk. 8/67/8, Urk. 8/67/16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für eine körperlich leichte und wechselbelastende Arbeit mit Hantieren von Lasten bis maximal zehn Kilogramm sei die Beschwerdeführerin aus medizinisch-theoretischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig. Die psychiatrisch diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung begründe ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, bewirke jedoch gesamthaft keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit. Eine Reintegration in den Arbeitsprozess sei von sehr grosser Bedeutung, zumal Inaktivität, somatopsychische Dekonditionierung und Bestätigung des subjektiven

Krankheitskonzepts als krankheitsunterhaltende und aggravierende Faktoren zu bezeichnen seien, welchen bis auf weiteres entgegenzuwirken sei (Urk. 8/67/16, Urk. 8/67/8-9).

5.3. Dr. D. \_\_\_ berichtete am 6. Juli 2005, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich, bei im übrigen unveränderter Diagnose, verschlechtert. Ihr psychischer Zustand habe sich verschlechtert, die Schlafstörungen im Rahmen ihrer Fibromyalgie hätten sich verschlimmert, neu beständen auch Migräneattacken, und die Beschwerdeführerin klagte vermehrt über finanzielle Probleme. Die Umsetzung der aufgrund des Berichtes der Klinik C. \_\_\_ auf 50 % festgelegten Arbeitsfähigkeit habe zu einer Verschlechterung des Befindens der Beschwerdeführerin geführt. Aufgrund dieses Entscheides sehe sie sich zu weiteren Wiedereingliederungsmassnahmen gezwungen, obschon sie nach Beobachtungen der Betreuerin der Regionalen Arbeitsvermittlungsstelle nicht einmal im Stande sei, ihren eigenen Haushalt zu bewältigen (Urk. 8/67/1-2).

5.4. Dr. E. \_\_\_ nannte mit Schreiben vom 30. Juni 2006 (Urk. 8/81) und mit Bericht vom 6. August 2006 (Urk. 8/86/3 lit. A) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung, im letzten Jahr deutlich aggraviert
- chronisches unspezifisches weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom
- degenerative Veränderungen der Wirbelsäule
- kein therapeutisches Ansprechen auf physiotherapeutische Massnahmen
- kein Ansprechen auf nicht steroidale Antirheumatika
- Unverträglichkeit für alle Morphinderivate (ausgeprägte Nausea und Erbrechen)
- Gonarthrose beidseits
- In letzter Zeit vermehrt Knieschmerzen mit Blockaden
- Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne links

Dr. E. \_\_\_ führte aus, dass die Beschwerdeführerin auf physiotherapeutische Massnahmen und sämtliche schmerzmodulierenden Medikamente nicht anspreche beziehungsweise diese aufgrund der Nebenwirkungen nicht vertrage und aus dieser Sicht keine weiteren Optionen beständen, die Schmerzen zu verbessern. Hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen, welche seit dem Bericht der Klinik C. \_\_\_ vom April 2005 neu hinzugekommen seien, stehe die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Behandlung (Urk. 8/86/3 lit. D.3, D.5 und D.7).

In angestammter wie in angepasster Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit November 2003 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/86/2-3 lit. B).

5.5. Mit Bericht vom 20. Juli 2006 diagnostizierte Dr. med. H. \_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher die Beschwerdeführerin seit 20. September 2005 behandelte (Urk. 8/83 lit. D.1), eine angstbetonte depressive und regressive Entwicklung bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei einer unsicheren Primärpersönlichkeit, mit einem schleichenden Beginn vor fünf bis sechs Jahren (Urk. 8/83 lit. A). In angestammter Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer Bäckerei sowie

in anderen angepassten Tätigkeiten sei sie seit 20. September 2005 vollumfänglich arbeitsunfähig (Urk. 8/83 lit. B, Urk. 8/83/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht klagt die Beschwerdeführerin über Resignation, Hoffnungslosigkeit, quälende ständige Sorgen, depressive Bedrücktheit, Schlafprobleme und eine lähmende Antriebslosigkeit. Daneben klagt sie über ihre psychosoziale Belastung und die finanziellen Probleme. Es sei für sie eine Schande, fürsorgeabhängig zu sein, und sie schäme sich vor ihrer Familie (Urk. 8/83/2 lit. D.4). Das Einzige, was sie noch habe, sei ihre Tochter und ihre Handchen, die sie zwingen würden, trotz Rückzug noch aus dem Haus zu gehen (Urk. 8/83/2 lit. D.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu den Befunden führte er aus, dass im Vordergrund das depressive, angstbetonte Zustandsbild mit Unruhe, Erschöpfung und Antriebslosigkeit sowie sozialem Rückzug stehe. Spürbar sei die blockierende Lebensenttäuschung der Beschwerdeführerin, die zuweilen in Wut umschlage, sowie ihre Unsicherheit und ihr schwaches Selbstvertrauen. Sie dürfe sich schlecht wehren können und sei wohl oft ausgenutzt worden. Sie neige dazu, sich freundlich und dienstfertig anzubieten, überfordere sich dabei aber. Die übrigen Befunde seien nicht grob auffällig (Urk. 8/83/2/lit. D.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In therapeutischer Hinsicht erhalte sie bei ihm stützende Gespräche sowie Antidepressiva (Urk. 8/83/2/lit. D.7).

## 6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6.1 Ä Ä Ä Ä Im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids vom 26. November 2004 lagen gemäß medizinischen Akten körperliche Beschwerden vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % begründeten. Zudem wurde von einer nicht invalidisierenden Fibromyalgie ausgegangen (vgl. vorstehend Erw. 4) beziehungsweise - laut Beschwerdegegnerin - einer Schmerzproblematik, welche sinngemäß als somatoforme Schmerzüberlagerung zu verstehen und vorliegend mangels schwerer, therapiebedürftiger psychischer Störung nicht relevant sei (Urk. 8/55 S. 3).

6.2 Ä Ä Ä Ä Aus den seither bis zum Erlass der angefochtenen Revisionsverföhung eingeholten medizinischen Akten (vgl. vorstehend Erw. 6) ergibt sich zusammengefasst Folgendes:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Diagnose besteht laut den Berichten der Ärzte der Klinik C. \_\_\_ vom 8. und 18. April 2005 (Urk. 8/67/8) neu eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Damit stimmen auch die Berichte von Dr. E. \_\_\_ vom 30. Juni 2006 (Urk. 8/81) und vom 6. August 2006 (Urk. 8/86/3 lit. A) und der Bericht von Dr. H. \_\_\_ vom 20. Juli 2006 überein, welcher neben der somatoformen Schmerzstörung eine angstbetonte depressive und regressive Entwicklung bei einer unsicheren Primärpersönlichkeit diagnostizierte (Urk. 8/83 lit. A). Demgegenüber ging Dr. D. \_\_\_ mit Bericht vom 6. Juli 2005 (8/67/1) weiterhin von einer Fibromyalgie aus, welche sich verschlechtert habe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während die Ärzte der Klinik C. \_\_\_ die aus rheumatologischen und psychiatrischen Gründen bestehende Arbeitsunfähigkeit einzeln und gesamthaft auf 50 % festlegten, nannten Dr. E. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ eine solche von 100 %.

6.3 Ä Ä Ä Ä Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass der von den Ärzten der Klinik C. \_\_\_ erstellte Bericht vom 18. April 2005 (Urk. 8/67) schlüssig ist, auf den

erforderlichen allseitigen fachärztlichen Untersuchungen beruht (Urk. 8/67/3-6, Urk. 8/67/10-16) und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt. Die von den Ärzten gezogenen Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar begründet, sodass der Bericht den an einen solchen gestellten Anforderungen (vgl. vorstehend Erw. 1.3) vollumfänglich genügt und darauf abgestellt werden kann. An der fachärztlich gestellten Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung vermag die im Widerspruch dazu von Dr. D.\_\_\_\_ stehende Diagnose einer Fibromyalgie nichts zu ändern; im Übrigen sind die aus rechtlicher Sicht zu prüfenden Kriterien gleich (vgl. unten Erw. 7.1). Was die vom behandelnden Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ attestierte volle Arbeitsunfähigkeit betrifft, so ist davon auszugehen, dass dabei auch verschiedene psychosoziale Ursachen Rechnung getragen wurde (vgl. unten Erw. 7.2).

Angesichts der neu hinzugekommenen Diagnose der somatoformen Schmerzstörung ist zwar von einem veränderten Gesundheitszustand auszugehen, doch begründet diese laut den Ärzten der Klinik C.\_\_\_\_ nur eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und damit keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Eine - wie von den übrigen Ärzten und insbesondere Dr. H.\_\_\_\_ postuliert - allfällige höhere Arbeitsunfähigkeit mit invalidisierender Wirkung wäre aber auch aus rechtlichen Überlegungen zu verneinen (vgl. unten Erw. 7).

## E. 7

7.1 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

Weder für die Verwaltung noch für das Gericht besteht ein Anlass, die Diagnose "Fibromyalgie" in Frage zu stellen, auch wenn diese in der Ärzteschaft umstritten ist. Die Fibromyalgie weist zahlreiche mit den somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte auf, sodass es sich beim aktuellen Kenntnisstand aus juristischer Sicht rechtfertigt, die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog anzuwenden (BGE 132 V 65 Erw. 4).

Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 299 Erw. 5 unter Hinweis auf die Rechtsprechung präzisierend festgehalten hat, versichert Art. 4 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2003: in Verbindung mit Art. 8 ATSG) zu Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden, worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von soziokulturellen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

7.2 Was zunächst das zentrale Kriterium der psychischen Komorbidität betrifft, so diagnostizierte einzig Dr. H. eine angstbetonte depressive und regressive Entwicklung sowie eine unsichere Primärpersönlichkeit (vorstehend Erw. 5.5). Nach der Rechtsprechung handelt es sich bei depressiven Stimmungslagen indessen in der Regel um (reaktive) Begleiterscheinungen des genannten Leidens und nicht um eine selbstständige, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität (BGE 130 V 352 Erw. 3.3.1, S. 358), es sei denn, sie liessen sich auf Grund ihres Schweregrades unbestreitbar von der somatoformen Schmerzstörung unterscheiden (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 805/04 vom 20. April 2006, Erw. 5.2). Vorliegend wurden weder eine eigenständige Depression von erheblicher Ausprägung noch eine andere psychische Krankheit gemäss Klassifikation nach ICD-10 diagnostiziert; auch entsprechen die angegebenen Befunde keinem solchen Krankheitsbild. Damit ist das Kriterium der psychischen Komorbidität nicht erfüllt.

Somit bleiben Intensität und Konstanz der alternativ zum Zuge kommenden weiteren Kriterien zu prüfen.

Was chronische körperliche Begleiterkrankungen betrifft, so sind solche vorliegend zwar in den diagnostizierten Rücken-, Knie- und Schulterbeschwerden zu erblicken, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % begründen. Darüber hinaus ergibt sich auch aus der diagnostizierten chronischen Schmerzerkrankung ein chronifizierter Verlauf, doch handelt es sich dabei gerade um die organisch nicht objektivierbare und vorliegend zu wärdigende Problematik. Damit entfällt auch das Kriterium einer zusätzlichen gravierenden somatischen Erkrankung.

Was das Kriterium des sozialen Rückzugs in allen Belangen des Lebens betrifft, so wurde mit Bericht der Ärzte der Klinik C. \_\_\_ vom 18. April 2005 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin dreimal pro Woche Schwimmen und ins Aqua-Fit gehe und viel mit ihrem Hund spazieren gehe; sie bezeichne ihre Stimmung als gut und vermöge das Leben zu geniessen. Zur Führung ihres Haushalts sei sie auf die Hilfe ihrer Nachbarin angewiesen (vgl. vorstehend Erw. 5.2). Demnach pflegte sie im damaligen Zeitpunkt zumindest zur Nachbarin sozialen Kontakt und ging für sportliche Aktivitäten und das Spaziergehen aus dem Haus. Daran hatte sich auch laut dem späteren Bericht von Dr. H. \_\_\_ vom 20. Juli 2006 nichts geändert, welcher noch festhielt, dass die Beschwerdeführerin wegen ihrer Hündchen gezwungen sei, trotz Rückzug regelmässig aus dem Haus zu gehen (vgl. vorstehend Erw. 5.5). Worin allerdings der Rückzug liegen sollte, wurde von ihm nicht erklärt und ist insofern nicht nachvollziehbar. Ein alle Belange des Lebens betreffender sozialer Rückzug ist damit nicht dargetan.

Was schliesslich das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten Behandlung angeht, so lässt sich dies aus den Aussagen der Ärzte nicht ableiten. Zwar sind laut Berichten der Ärzte der Klinik C. \_\_\_ sämtliche ambulanten und stationären physiotherapeutischen und physikalischen Therapien erfolglos geblieben, weshalb sie auch weitere Rehabilitationsaufenthalte als nicht angezeigt erachteten. Sie erwähnten auch das Schmerzprogramm VIBS sowie den Umstand, dass alle schmerzmodulierenden Massnahmen und Medikamente keine Besserung bewirkt hätten. Hingegen empfahlen sie einerseits die Weiterführung des physiotherapeutischen Heimprogramms und sportlicher Aktivitäten zur Gewichtsreduktion sowie andererseits der psychotherapeutischen Behandlung (vgl. vorstehend Erw. 5.2). Diesbezüglich geht aus den Akten zwar hervor, dass die Beschwerdeführerin sich seit 20. September 2005 bei Dr. H. \_\_\_ in Behandlung befindet (vgl. vorstehend Erw. 5.5). Dieser erwähnte jedoch lediglich die Durchführung stützender Gespräche, nicht aber einer spezifischen konsequent durchgeführten psychotherapeutischen Behandlung - insbesondere auch mit dem Ziel, besser mit den Schmerzen umzugehen. Die psychotherapeutischen und von der Klinik C. \_\_\_ empfohlenen Behandlungsmöglichkeiten erscheinen demnach nicht ausgeschöpft; anderes stellt auch Dr. H. \_\_\_ nicht fest. Während somit somatisch ausgerichtete Therapieansätze weitgehend ausgeschöpft wurden - zu überlegen wären allenfalls noch alternative Therapieformen - erscheinen in psychotherapeutischer Hinsicht noch Behandlungsmöglichkeiten zu bestehen. Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass der Krankheitsverlauf therapeutisch nicht mehr beeinflussbar sei.

Deutlich sind demgegenüber die Feststellungen zum sekundären Krankheitsgewinn. So sei eine zumindest teilweise bestehende Rentenbegehrlichkeit nicht auszuschliessen, und die Beschwerdeführerin zeige sich sehr selbstlimitierend, auf ihre

körperlichen Einschränkungen fixiert und weise ein auffälliges Schmerzverhalten auf (vgl. vorstehend Erw. 5.2). Laut Dr. D. \_\_\_ führte gar die Umsetzung der von den Ärzten der Klinik C. \_\_\_ auf 50 % festgelegten Arbeitsfähigkeit als solche zu einer Verschlechterung des Befindens der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend Erw. 5.3).

Im Vordergrund dürften vielmehr psychosoziale und soziokulturelle, mithin invaliditätsfremde, Faktoren stehen. So empfand die Beschwerdeführerin ihre Erkrankung als einzige in der Familie, die daraus resultierende Fürsorgeabhängigkeit und die Umstände der per Januar 2004 ausgesprochenen Kündigung ihrer Arbeitsstelle wie auch ihre anschliessende Arbeitslosigkeit als Kränkung und klagt über finanzielle Sorgen und ihre psychosoziale Belastung. Auch fällt auf, dass sie sich aus ihrer Sicht für die Tochter aufopferte (vgl. vorstehend Erw. 5.2 und Erw. 5.5).

Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden zusätzlichen Kriterien führt damit zum Schluss, dass keine Ausnahme vorliegt, in der die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen wäre. Somit ist vom Regelfall der zumutbaren Überwindbarkeit auszugehen. Die aufgrund der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung attestierte Arbeitsunfähigkeit bleibt daher sozialversicherungsrechtlich ausser Betracht.

7.3 Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass die neu hinzugetretene Diagnose der somatoformen Schmerzstörung nach Prüfung der rechtsprechungsgemäss zu erfüllenden weiteren Kriterien sich nicht invalidisierend auswirkt. Damit ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nicht ausgewiesen und die Beschwerde abzuweisen.

Entgegen der beschwerdeweise vertretenen Auffassung ist der medizinische Sachverhalt unter den gegebenen Umständen genlegend abgeklärt. Zu Handen der Beschwerdeführerin sei angemerkt, dass mangels der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung sich am Ergebnis auch dann nichts ändern würde, wenn als Vergleichsbasis - wie von ihr behauptet - die Verfügung vom 22. Januar 2003 zu Grunde gelegt würde.

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Entscheid somit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

## E. 8

8.1 Die Prüfung in der angefochtenen Revisionsverföhung neu ermittelten Validen- und Invalideneinkommen sind nicht zu beanstanden und blieben im übrigen unbestritten. Die Beschwerdeführerin beanstandet jedoch die Höhe des Leidensabzugs.

8.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei

Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche Invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

Es rechtfertigt sich dabei nicht, für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen und diese zusammenzuzählen, da damit Wechselwirkungen ausgeblendet würden (BGE 126 V 80 Erw. 5b/bb). Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 81 Erw. 6).

Gemäss dem im Bericht der Klinik C. formulierten Belastungsprofil (vgl. vorstehend Erw. 5.2) ist der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte und wechselbelastende Arbeit mit Hantieren von Lasten bis maximal zehn Kilogramm im Umfang von 50 % zumutbar. Weitere leidensbedingte, die Arbeitsverrichtung betreffende Einschränkungen sind nicht ersichtlich. Unter diesen Umständen ist der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % nicht zu beanstanden. Die weiter von der Beschwerdeführerin geltend gemachten sehr schlechten Deutschkenntnisse rechtfertigen keinen höheren Abzug und sind aufgrund der Akten auch nicht belegt. Damit besteht keine Veranlassung, das einwandfrei ausgeübte vorinstanzliche Ermessen zu korrigieren.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG, in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung). Angesichts des Aufwands für das vorliegende Verfahren sind sie auf Fr. 1'000.-- festzulegen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christos Antoniadis
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv 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.