

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00601 vom 10. September 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-09-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00601](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00601)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00601 du 10 septembre 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00601 del 10 settembre 2008

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Mit Urteil vom 9. März 2000 wies das hiesige Gericht die Beschwerde der 1962 geborenen Y. gegen die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. März 1998, womit diese einen Rentenanspruch mangels anspruchsbegründender Invalidität verneint hatte, ab (Urk. 11/2). Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

### E. 1.2

Am 17. Mai 2004 meldete sich die Versicherte wegen zunehmend chronischer Rückenbeschwerden und depressiver Verstimmung erneut zum Bezug einer Rente an (Urk. 10/2 und Urk. 10/6). Die IV-Stelle zog den Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 10/9) bei, ersuchte Dr. med. A., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, um den Arztbericht vom 19. Juni 2004 (Urk. 10/10) und klärte die erwerbliche Situation bei der Arbeitgeberin der Versicherten, der B. Zürich, (Urk. 10/11) ab. Alsdann reichte Dr. med. C., Spezialarzt für Innere Medizin FMH, den Arztbericht vom 26. Juni 2004 ein (Urk. 10/12), welchem diverse weitere Berichte der D. (Arztbericht von PD Dr. med. E., Leitender Arzt, vom 30. Juni 2000, Urk. 10/12/4-6, und Bericht von Dr. med. F., Oberarzt, vom 5. September 2000, Urk. 10/12/7-10) sowie des G. (Bericht von Dr. med. H., Oberarzt, vom 30. September 2003, Urk. 10/12/13-18, und von PD Dr. med. I., Chefarzt, vom 24. Februar 2004, Urk. 10/12/11-12) beilagen. Die IV-Stelle zog zudem den Bericht von Dr. med. J., Oberärztin, K., vom 3. Juni 2004 bei (Urk. 10/13). In den Akten finden sich überdies die beiden von der Finanzdirektion Zürich, Beamtenversicherungskasse (nachfolgend: BVK), in Auftrag gegebenen vertrauensärztlichen Abklärungen von Dr. med. L., Spezialarzt Innere Medizin FMH, speziell Herz- und Kreislaufkrankheiten, vom 4. Juni 2004 (Urk. 10/14) und vom 14. Januar 2005 (Urk. 10/19). Die IV-Stelle liess die Versicherte anschliessend vom M. Basel multidisziplinär begutachten (Expertise unter Leitung von Dr. med. N., mit internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Teilexpertisen vom 16. Januar 2006, Urk. 10/30).

1.3. Alsdann liegen in den Akten diverse medizinische Berichte zu Händen von Dr. C. (Bericht über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der K. vom 27. Juni 2004 unter Leitung von Dr. J., Urk. 11/22; Bericht von Dr. med. O., Chiropraktor, vom 20. September 2004, Urk. 11/20; Bericht über die Kolo-Ileoskopie vom 11. Februar 2005 bei Dr. P., Oberarzt, Medizinische Klinik des G., Urk. 11/19; Bericht von Dr. med. Q., Assistenzärztin Chirurgie, Chirurgische Klinik des G., vom 3. April 2005, Urk. 11/18; Bericht über das MRI des Schädels von Prof. Dr. med.

R.\_\_\_\_, Neuroradiologisches und Radiologisches Institut S.\_\_\_\_, vom 6. Mai 2005, Urk. 11/17; Bericht von Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Dermatologie und Venerologie, vom 2. Dezember 2005, Urk. 11/14; Arztbericht von Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 2. November 2005, Urk. 11/15), zu Händen des Vertrauensarztes der Krankenkasse Groupe Mutuel (Bericht von Dr. med. V.\_\_\_\_, Oberärztin, W.\_\_\_\_ des G.\_\_\_\_, vom 4. Juli 2005, Urk. 11/16) und zu Händen der K.\_\_\_\_ (Bericht von PD Dr. med. X.\_\_\_\_, Oberarzt, des Z.\_\_\_\_, vom 15. Juli 2004, Urk. 11/21). Diese Berichte stehen teilweise im Zusammenhang mit dem Auffahrunfall der Versicherten vom 2. April 2005.

1.4     Seitens der BVK wird die Versicherte ab dem 1. November 2004 als zu 70 % eines vollen Pensums invalid erachtet. Ihr werden entsprechend Invalidenleistungen ausgerichtet (Urk. 10/27).

1.5     Mit Verfügung vom 20. Februar 2006 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren infolge eines Invaliditätsgrades von lediglich 20 % ab (Urk. 10/33). Dagegen liess die Versicherte am 24. Februar 2006 durch Rechtsanwalt Guy Reich Einsprache erheben (Urk. 10/34), welche am 3. April 2006 unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. X.\_\_\_\_, Oberärztin, AA.\_\_\_\_ (Urk. 10/37), begründet wurde (Urk. 10/38). Am 2. Oktober 2006 reichte Dr. med. AA.\_\_\_\_, Oberärztin, BB.\_\_\_\_, einen Arztbericht ein (Urk. 10/41). Schliesslich wurden Dres. med. A.\_\_\_\_ (Arztbericht vom 23. Dezember 2006, Urk. 10/42), C.\_\_\_\_ (Bericht vom 3. Januar 2007, Urk. 10/43 [unter Beilage der Zusammenfassung der ärztlichen Patientendokumentation vom 28. Februar 2006 von Dr. med. CC.\_\_\_\_, Oberarzt, G.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Urk. 10/43/6-11]) und Dr. med. DD.\_\_\_\_, Leitender Arzt, G.\_\_\_\_ (Bericht vom 12. Januar 2007, Urk. 10/46) um weitere medizinische Unterlagen ersucht. Am 26. März 2006 wies die IV-Stelle die Einsprache ab (Urk. 2).

2.     Gegen den Einspracheentscheid liess Y.\_\_\_\_ am 24. April 2007 durch Rechtsanwalt Guy Reich Beschwerde erheben mit den Anträgen (Urk. 1 S. 2), der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und das Verfahren sei bis Ende Mai 2007 bzw. bis zum Eingang des Arztberichtes von Dr. AA.\_\_\_\_ zu sistieren. Die Beschwerdeführerin liess dem Gericht am 12. Juni 2007 den (erwähnten) Bericht von Dr. AA.\_\_\_\_ zugehen (Urk. 7 und Urk. 8). Am 3. Juli 2007 ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Der Bericht von Dr. AA.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 5. Juli 2007 zur Stellungnahme zugestellt. Nachdem diese auf eine Vernehmlassung verzichtet hatte, schloss das Gericht den Schriftenwechsel mit Verfügung vom 18. September 2007 (Urk. 14).

3.     Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.     Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von der Zusprechung von Leistungen, insbesondere einer Rente, abgesehen hat. Während sie sich auf den Standpunkt stellt, dass in psychischer Sicht nicht von einer längerdauernden Verschlechterung des Zustandes, sondern von einer kurzfristigen, begrenzten Verschlechterung von Februar bis Mai 2006 auszugehen sei, welche überdies durch invaliditätsfremde psychosoziale Gründe verursacht worden sei (Urk. 2 S. 3), lässt die Beschwerdeführerin ausführen (Urk. 1 S. 3 f.), das Gutachten des M.\_\_\_\_ für die Zeit vom 13. Februar bis zum 29. Mai 2006) nicht. Sie sei seit dem Eintritt ins

BB.\_\_\_\_ anhaltend zu 100 % erwerbsunfähig. Bei erstellter psychischer Diagnose mit Krankheitswert könnte es nicht darauf ankommen, aus welchen Gründen eine schwere Depression vorhanden sei. Die einschränkende Beurteilung des Bundesgerichts von psychischen Beschwerden bei somatoformen Schmerzstörungen finde bei den übrigen psychischen Beschwerden keine Anwendung.

## 2.2.1

2.1.1 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 der angefochtene Einsprachentscheid am 26. März 2007 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.

2.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat die relevanten gesetzlichen Bestimmungen zur Invalidität (Art. 4 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG), zum Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 IVG), zum Rentenbeginn (Art. 29 Abs. 1 IVG), zur bleibenden Erwerbsunfähigkeit und zum Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit (Art. 29 und 29 ter IVV), die Rechtsprechung zur Bemessung des Invaliditätsgrades bei Erwerbstätigen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Vergleich von Validen- und Invalideneinkommen) und zur Aufgabe der Mediziner bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes zutreffend dargelegt (Urk. 2). Darauf kann verwiesen werden.

2.2.2 Zu ergänzen bleibt Folgendes: Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit (seit 1. März 2004: oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes) der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 Erw. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte

Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungsspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 75 Erw. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 Erw. 3a, 109 V 115 Erw. 2b).

2.3 Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) 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 währende 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 verselbständigte 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).

2.4 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

durchgeföhrt ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). 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).

### E. 3

3.1 Aus den Akten geht hervor, dass das hiesige Gericht mit rechtskräftiger Entscheid vom 9. März 2000 (Urk. 11/2) in Bestätigung der Verfügung der Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin gestützt auf die Berichte von Dr. C., des G. und der Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin des Z. insbesondere mit der Begründung abgewiesen hat, es sei vollumgänglich auf die einleuchtende Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der Schlussfolgerungen des Gutachtens der Rheumaklinik abzustellen, welches der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche körperlichen leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten, wie sie als Mitarbeiterin in einer Cafeteria ausübe, zumute. Als Grundlage dieser Beurteilung dienten die Diagnosen eines Panvertebralsyndroms bei muskulärer Dysbalance, thorakal linkskonvexer Skoliose, thorakalem Flachrücken, und eine leichte, substituierte Hypothyreose bei Status nach Radio-Jodtherapie bei euthyroter Struma 1982 (Urk. 11/11). In den diversen Arztberichten des ersten Verwaltungs- und Beschwerdeverfahrens finden sich keine Hinweise für das Vorliegen relevanter psychischer Beschwerden (Urk. 11/1-3, Urk. 11/23-27 und Urk. 11/28-42).

3.2 Nach Ablehnung des Leistungsbegehrens im Frühjahr 2000 erfolgten im Zusammenhang mit den Rückenbeschwerden zunächst eine Untersuchung und anschliessend eine Hospitalisation vom 15. bis zum 26. August 2000 in der D. Dem Austrittsbericht vom 5. September 2000 ist zu entnehmen, dass im Rahmen der diversen Konsultationen in der Rheumasprechstunde eine sekundäre Ursache für das generalisierte Schmerzsyndrom durch diverse Untersuchungen ausgeschlossen werden konnte. Nach Meinung der Beschwerdeführerin hätten die Beschwerden nicht wesentlich verbessert werden können, sodass sie auf eine vorzeitige Entlassung drängte. Für die Zeit der Hospitalisation wurde ihr von den Medizinern eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in ihrer Tätigkeit als Buffetangestellte in einer Schulkantine attestiert, danach vom 28. August bis zum 10. September 2000 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht sahen die Ärzte längerfristig die Arbeitsfähigkeit in einer leichten körperlichen Tätigkeit inkl. Haushalt als zu 100 % gegeben an. Es stelle sich indessen die Frage, ob die Beschwerdeführerin durch die Doppelbelastung als Hausfrau und Buffetangestellte nicht überfordert sei (Urk. 10/12/4-9).

3.3 Auf eigene Initiative suchte die Beschwerdeführerin im Herbst 2000 psychiatrische Unterstützung und fand diese schliesslich beim türkisch sprechenden Psychiater Dr. A. (Urk. 10/14/3).

3.4 Anlässlich zweier rheumatologischer Untersuchungen vom 17. und vom 30. September 2003 im G. hielten die Mediziner zunächst fest, dass die

Beschwerdeführerin über dieselben Beschwerden klage wie bereits 1994, mit jedoch zunehmender Schmerzintensität. Die bildgebenden Verfahren der Halswirbelsäule (HWS), der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Beckens sowie das MRI der LWS ergaben indessen keine wesentlichen degenerativen Veränderungen der HWS und der LWS. Im MRI waren eine mediale Diskushernie L4/5 mit leichter Spinalkanalstenose sowie Einengung des Eingangs in den Recessus beidseits, aber ohne Nervenwurzelkompression zu sehen. Dr. H. \_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin im angestammten Beruf - per 1. Februar 2001 hatte sie als Mitarbeiterin Hotellerie in die B. \_\_\_ Zürich gewechselt, wo sie vollschichtig tätig war (Arbeitgeberbericht vom 21. Juni 2004, Urk. 10/11) - eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 18. September bis zum 12. Oktober 2003, danach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/12/13-18 und Ergebnisse referiert von Dr. O. \_\_\_, Urk. 11/20).

### E. 3.5

Im Zusammenhang mit der Beschäftigung bei der B. \_\_\_ Zürich hatte die Beschwerdeführerin seit Januar 2003 längerdauernde Arbeitsunfähigkeiten zu verzeichnen (vgl. Urk. 10/12/1). So ist dem Fragebogen für den Arbeitgeber vom Juni 2004 (Urk. 10/11) zu entnehmen, dass sie seit mehr als einem Jahr krank geschrieben sei und die Lohnfortzahlungspflicht am 30. Juni 2004 ende. In diesem Kontext hielt die BVK Dr. L. \_\_\_ an, eine vertrauensärztliche Abklärung zu erstellen. Sein Bericht vom 4. Juni 2004 basiert auf den Akten der BVK, einem Telefongespräch mit Dr. C. \_\_\_ und der Untersuchung der Beschwerdeführerin am 16. März 2004. Der Mediziner hielt fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin nach der Ablehnung des Rentenbegehrens seitens des hiesigen Gerichts die psychischen Probleme gehäuft hätten, dies im Sinne einer zunehmenden depressiven Symptomatik. Unsere Faktoren hätten die psychische Erkrankung verstärkt, so die Probleme mit dem Ehemann, aber auch die Schwierigkeiten mit dem ältesten Sohn. Der Beschwerdeführerin sei die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit seit dem 24. November 2003 nicht mehr möglich gewesen. Dr. Surber diagnostizierte ein chronifiziertes therapierefraktes Panvertebralsyndrom, ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links, Diskushernie L4/L5 median mit leichter Spinalkanalstenose und Einengung des Eingangs in den Recessus beidseits, ein cervicocephales, cervicobrachiales Schmerzsyndrom links, sowie aktuell eine chronifizierte, anhaltende depressive Symptomatik bei somatoformer Schmerzstörung bei psychosozialer Überlastungssituation. Zur Frage der Invalidität hielt er fest, dass aus heutiger Sicht davon ausgegangen werden müsse, dass eine 50%ige Teilinvalidität resultieren werde, wichtig sei es indessen, dass die Vollinvalidität vermieden werde.

3.6 Dr. A. \_\_\_, der die Beschwerdeführerin seit November 2000 behandelt, hielt in seinem Bericht vom 19. Juni 2004 (Urk. 10/10/3-4) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) fest. In der Anamnese führte er u.a. aus, dass die Ehe der Beschwerdeführerin von Anfang an unglücklich gewesen und der älteste Sohn sozial verwahrlost sei und Drogen konsumiere, was ihm der mittlere Sohn nachmache. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht erachtete er die Beschwerdeführerin zumindest zu 80 % arbeitsunfähig. Der Krankheitsverlauf sei mittlerweile bereits chronifiziert.

3.7 Der Hausarzt Dr. C. \_\_\_ stellte am 26. Juni 2004 (Urk. 11/12/1-3) fest, dass neben dem seit ca. 1990 bestehenden chronischen panvertebralen Syndrom links mit

Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung, Schmerzausweitung und Schmerzverselbständigung seit einigen Jahren eine chronische depressive Verstimmung mit vermehrter Reizbarkeit bestehe. Er erachtete die Beschwerdeführerin seit dem 24. November 2003 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auf längere Sicht gesehen schwierig. Vielleicht bestehe im Umfang von 50 % eine Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte, den Rücken nicht speziell belastende Tätigkeit mit Wechselbelastung, dies aber erst nach einem Arbeitsversuch.

3.8. Vom 30. Mai bis zum 27. Juni 2004 hielt sich die Beschwerdeführerin zwecks integrierter interdisziplinärer stationärer Behandlung eines chronischen generalisierten Schmerzsyndroms mit cervicocephalem und lumbovertebralen Schmerzen und Dysästhesien sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradige Episode bei inadäquater Krankheitsverarbeitung, in der K. auf. Diagnostiziert wurden im Austrittsbericht vom 27. Juni 2004 ein chronisches lumbospondylogenes und cervicocephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2), eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine inadäquate Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F43.9), eine Sozialphobie, eine Hypothyreose, substituiert (ICD-10 E03.9) bei Status nach Radio-Jod-Therapie bei euthyreoter Struma 1982, eine chronische Eisenmangelanämie, menstruationsbedingt, (ICD-10 D50.9) sowie den Status nach Myomoperation 01/04. Die Ärzte stellten fest, dass die durchgeführten Untersuchungen die in der Diagnoseliste aufgeführten organischen Veränderungen zeigten, welche die Schmerzen aber nicht vollständig erklärten. Die Beschwerdeführerin sei zur Therapie motiviert gewesen, und es sei zu einer leichten Besserung des Schmerzzustandes gekommen, besonders stabilisiert habe sich auch der psychische Zustand. Als Therapievorschl ag erging die ambulante Fortsetzung der antidepressiven Therapie medikamentös sowie die Fortführung der Physio- und Psychotherapie, die körperliche Betätigung und die schrittweise Reintegration in den Arbeitsprozess, beginnend mit 30 % (Urk. 10/13 und Urk. 11/22).

3.9. In der Folge wurde Dr. L. von der BVK um eine Nachuntersuchung der Beschwerdeführerin ersucht. Seinem Bericht vom 14. Januar 2005 (Urk. 10/19) ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin psychisch am Ende und von der Familie als nicht ernst genommen fühle, sich die Familie von ihr abwende und sie sich als Versagerin bezüglich der Erziehung der S hne sehe. Dr. L. hielt fest, dass sich das Krankheitsbild verstärkt habe. Die Beschwerdeführerin sei aktuell zu 70 % invalide, es bestehe lediglich eine 30%ige Arbeitsfähigkeit.

3.10. Aus den weiteren ärztlichen Berichten des Jahres 2005 geht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin am 11. Februar 2005 im Zusammenhang mit Unter-bauchschmerzen (Urk. 11/19) einer Kolo-Ileoskopie unterzog, welche keine Polypen oder Tumore zu Tage förderte. Alsdann erlitt sie am 2. April 2005 als Beifahrerin eine Heckkollision. Anlässlich der Untersuchung auf der Notfallstation des G. wurde die Diagnose einer HWS-Distorsion gestellt. Der Lokalstatus ergab eine Druckdolenz über der gesamten HWS und eine eingeschränkte Beweglichkeit, indessen konnten keine Sensibilitätsstörungen und r ntgentechnisch keine ossäre Läsion der HWS, ein unauffälliges Alignment und eine Streckhaltung festgestellt werden (Urk. 11/18). Im Zusammenhang mit dem Unfall vom April 2005 erfolgte alsdann am 6. Mai 2005 ein MRI des Schädels mit unauffälligem Befund (Urk. 11/17). Auch der Neurologie Dr. U.

fand am 2. November 2005 (Urk. 11/15) keine massiven neurologischen Probleme vor (Urk. 11/15). Im Zusammenhang mit Haarausfall wurde die Beschwerdeführerin sodann am 21. November und am 2. Dezember 2005 bei Dr. de T.\_\_\_\_ vorstellig, der eine altersgerechte androgenetische Alopezie feststellte, welche er mittels Eisenpräparaten behandelte (Urk. 11/14).

#### 4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1 In der Zwischenzeit (Auftrag vom 1. Februar 2005, Urk. 10/30/1) hatte die Beschwerdegegnerin das M.\_\_\_\_ mit der medizinischen Abklärung der Beschwerdeführerin betraut. Dem Gutachten vom 16. Januar 2006 (Urk. 10/30) ist zu entnehmen, dass die rheumatologische Untersuchung bei Dr. med. EE.\_\_\_\_ stattfand, während Dr. med. FF.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin psychiatrisch explorierte. Im rheumatologischen Konsilium stellte Dr. EE.\_\_\_\_ fest, dass der Lokalbefund aus den bildgebenden Untersuchungen im September 2003 (Diskushernie auf Höhe L4/5) die gesamte Schmerzsymptomatik auch lumbogluteal mit Ausstrahlung in die unteren Extremitäten bei nun mehrfach klinisch neurologisch stets unauffälligen Befunden nicht zu erklären vermöge. Im Vordergrund der Gesamtsymptomatik stehe aus rheumatologischer Sicht daher im Wesentlichen die psychiatrische Problematik mit aus Sicht des Arztes einem Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Der Arzt erachtete die Beschwerdeführerin als voll arbeitsfähig. Dies angesichts der mehrheitlich nicht körperlich belastenden Arbeit in der Hotellerie der B.\_\_\_\_ Zürich, wobei leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten zumutbar seien unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin keine fixierte Arbeitsposition über längere Zeit einhalten und keine repetitiv schweren Lasten anheben oder tragen müsse und stereotype fließbandähnliche Bewegungsabläufe oder Arbeiten zu vermeiden seien. Er vermochte ihr aus rheumatologischer Sicht keine erfolgversprechenden Therapiekonzepte vorzuschlagen, nachdem alle wesentlichen rehabilitativen Massnahmen aus somatischer Sicht bereits angewendet worden seien. Aus der psychiatrischen Teilexpertise geht die psychiatrische Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) hervor. Aus diesen Teilexpertisen resultierte im Gesamtkonsilium folgende Diagnose: Chronisches cervical- und lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8) mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die oberen Extremitäten linksbetont sowie in die linke untere Extremität, eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Bezüglich Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dass aus somatischer Sicht in der angestammten Tätigkeit für die zuletzt ausgeübte Arbeit in der Hotellerie der B.\_\_\_\_, welche mehrheitlich nicht als körperlich belastend eingestuft werden müsse, eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar sei. Aufgrund der leichten depressiven Episode wie auch der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestehe für diese Tätigkeit indessen eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %, welche seit November 2003 bestehe. Aus somatischer Sicht seien der Beschwerdeführerin andere leichte bis intermittierend wechselbelastende berufliche Tätigkeiten unter folgenden Voraussetzungen vollumfänglich zumutbar: Sie sollte keine fixierte Arbeitsposition über längere Zeit einhalten müssen, ebenso wenig sollten repetitiv schwere Lasten angehoben oder getragen werden müssen. Im Weiteren seien stereotype fließbandähnliche Bewegungsabläufe oder Arbeiten zu vermeiden. Allerdings bestehe

für derartige Tätigkeiten aus psychiatrischer Sicht eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der leichten depressiven Episode bei ganzjährig zumutbarer Präsenz. Die Arbeitsfähigkeit im Haushalt sei voll gegeben und auch neben einer leidensangepassten beruflichen Tätigkeit zumutbar.

4.2.2 Nach der Begutachtung befand sich die Beschwerdeführerin weiterhin in stationärer und ambulanter Behandlung in verschiedenen Kliniken bzw. bei diversen Ärzten.

4.2.1.1 Nachdem die Beschwerdeführerin am 30. Januar 2006 durch ihren Hausarzt über das Ergebnis des Gutachtens aufgeklärt worden war, fand sie sich tags darauf notfallmässig in der Praxis und wünschte dringend hospitalisiert zu werden. Dr. C. wies sie wegen Ferienabwesenheit des behandelnden Psychiaters in die Rheumaklinik des G., wo sie bis zum 13. Februar 2006 verblieb (Urk. 10/43/2). Danach trat sie in das AA. ein. Dem Bericht von Dr. Grüber vom 28. März 2006 (Urk. 10/37) zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin ist zu entnehmen, dass seitens des Stadtspitals G. am 13. Februar 2006 eine Einweisung der Beschwerdeführerin ins Sanatorium Kilchberg wegen schwer depressivem Zustandsbild mit psychotischen Symptomen und latenter Suizidalität stattgefunden hatte. Nach dem Übertritt von der geschlossenen Akutstation auf eine offene Station hätten sich weiterhin ein depressives Syndrom mit starker Einengung auf die schwierigen sozialen Lebensumstände der Beschwerdeführerin gezeigt. Laut der Ärztin sei eine Beschäftigung der Beschwerdeführerin am freien Arbeitsmarkt aufgrund der aktuellen Symptomatik und des bisherigen Verlaufes nicht vorstellbar (Urk. 10/41/2).

4.2.2.1 Dr. Reichert hielt im Bericht des Sanatoriums Kilchberg vom 2. Oktober 2006 (Urk. 10/41) fest, dass in psychiatrischer Hinsicht von einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und latenter Suizidalität mit Verdacht auf Somatisierungsstörung gesprochen werden müsse. Es habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 13. Februar bis zum 29. Mai 2006 (Klinikaustritt) bestanden. Bei regelmässiger ambulant psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung dürfte längerfristig von einer Verbesserung des Zustandes ausgegangen werden, aktuell sei die Beschwerdeführerin krankheitsbedingt weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig und in geschätztem Rahmen maximal halbtags einsatzfähig. Die Beilage eines Austrittsberichts wurde verweigert (vgl. auch Urk. 10/43/2).

4.2.3 Dr. A. sprach am 23. Dezember 2006 (Urk. 10/42/5-6) von folgenden Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Symptom (ICD-10 F33.1) und Panikattacken sowie Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Er attestierte der Beschwerdeführerin weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von zumindest 80 %, der Krankheitsverlauf sei mittlerweile bereits chronifiziert. Sie sei seit Juni 2006 von ihrem Ehemann geschieden und lebe zur Zeit allein.

4.2.4.1 Dem Arztbericht von Dr. C. vom 3. Januar 2007 (Urk. 10/43/1-5) ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig fühle, sowohl aus somatischer als auch psychiatrischer Sicht. Die Beurteilung sei für ihn schwierig, er würde ebenfalls auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit schliessen, seit die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeite. Die längerfristige Arbeitsfähigkeit sei sehr

schwierig zu beurteilen. Dem hatte er am 17. Januar 2007 (Urk. 10/45) nichts Neues beizufügen.

4.2.5.1 Schliesslich erstellte X.\_\_\_\_, mittlerweile im Ambulatorium GG.\_\_\_\_ tätig, den Bericht vom 30. Mai 2007 (Urk. 8). Diagnostisch handle es sich um eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23, differentialdiagnostisch als posttraumatische Belastungsstörung), einen Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidalität im Februar 2006 und eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Aufgrund dieser Symptomatik, welche sich in den vergangenen Monaten weiter aggraviert habe, sei die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Bei Verbesserung des Zustandes sei eine Tagesstrukturierung in geschätzter Umgebung anzustreben.

## E. 5

5.1 Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich bei der Beschwerdeführerin, welche nach ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 1981 durchgängig an verschiedenen Stellen, vor allem im Gastgewerbe, tätig war (Urk. 10/9), seit 1990 Rückenbeschwerden einstellten (Urk. 10/11). Nach rechtskräftiger Ablehnung des Rentenbegehrens im Jahr 2000 gesellten sich dann offenbar auch psychische Beschwerden dazu, welche die Beschwerdeführerin dazu bewogen, sich bei Dr. A.\_\_\_\_ in psychiatrische Behandlung zu begeben. Mithin liegen nunmehr sowohl somatische als auch psychische Beschwerden vor.

5.2 Zu Recht fokussiert sich die Beschwerdeschrift nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen. Insbesondere steht die Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit aus rein organischen Gründen seitens des M.\_\_\_\_-Gutachtens im Einklang mit den gesamten Akten. Zunächst weist der Entscheid des hiesigen Gerichts, welches den Zeitraum der ersten Anmeldung zum Leistungsbezug 1996 (Urk. 11/41) bis zum Entscheid im März 2000 umfasst, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für leichte wechselbelastende Tätigkeiten aus, wobei lediglich die Rückenbeschwerden Gegenstand der Abklärungen bildeten. Alsdann erachteten die Mediziner der D.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin im Jahr 2000 als zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 10/12/9), bildgebend liess sich im G.\_\_\_\_ im Jahr 2003 nichts ausmachen (Urk. 10/12/14-15), ebenso wenig im Jahr 2006 anlässlich des MR der HWS. Auch im Zusammenhang mit dem Distorsionstrauma der HWS im April 2005 liessen sich keine ossären Läsionen und auch neurologisch nichts Wesentliches finden (Urk. 11/15-16). In somatischer Hinsicht hat sich daher seit der rechtskräftigen Rentenabweisung nichts geändert.

## E. 5.3

5.3.1 Hinsichtlich des Auftretens psychischer Probleme fällt insbesondere auf, dass diese immer wieder im Zusammenhang mit grossen Belastungen entstanden sind, was denn auch wiederholt zu vorübergehenden Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation geführt hat. So hielt Dr. L.\_\_\_\_ fest, dass die psychischen Beschwerden mit der rechtskräftigen Ablehnung des Rentenbegehrens 2000 exacerbieren hätten (Urk. 10/14/3), zu einem Zeitpunkt, in dem der Ehemann der Beschwerdeführerin mit Aktien ca. Fr. 100'000.-- verloren haben und der Auszug der ersten Sohnes aus der elterlichen Wohnung erfolgt sein soll (Urk. 10/30/17). Eine weitere Exacerbation habe 2003 stattgefunden, als der zweite Sohn die private Informatikschulung, welche Fr. 80'000.-- gekostet habe, nicht

bestanden habe. Zu dieser Zeit sei auch der Abbruch der Lehre seitens des dritten Sohnes erfolgt. Genau in diesem Zeitpunkt erfolgten diverse Abklärungen und im November 2003 die definitive Aufgabe der Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen (Urk. 10/30/19). Im Januar 2004 wurde offenbar eine Myomenukleation vorgenommen (Urk. 10/13/2) und alsdann erfolgte eine Hospitalisation in der K. \_\_\_ vom 30. Mai bis zum 27. Juni 2004. Im April 2005 erlitt die Beschwerdeführerin einen Auffahrunfall, welche für sie subjektiv zu einer Intensität der cervicalen Beschwerden geführt hatte (Urk. 10/30/15 und Urk. 10/43/8), für die bildgebend indessen keine Ursache gefunden werden konnte. Dr. U. \_\_\_ hielt aus neurologischer Sicht im November 2005 eine überdeutliche Aggravationstendenz fest (Urk. 11/15). Eine weitere Exacerbation der psychischen Beschwerden erfolgte im Februar 2006, welche mit einer Hospitalisation im AA. \_\_\_ endete. Dies geschah unmittelbar im Anschluss an die Konsilien des M. \_\_\_-Gutachtens. Persönlich standen zu dieser Zeit offenbar der Verlust der Arbeitsstelle durch den Ehemann der Beschwerdeführerin nach längerer Arbeitsunfähigkeit im März 2006 (Urk. 10/30/17), der Wunsch nach einer Scheidung, der Rechtsstreit wegen einer Invalidenrente, Probleme mit dem 18-jährigen Sohn (Urk. 10/43/9) und der Auszug der (verbleibenden) Kinder aus der elterlichen Wohnung sowie die Scheidung im Juni 2006 (Urk. 10/42/5-6) an.

### E. 5.3.2

Das alles deutet auf erhebliche psychosoziale Faktoren hin, sodass die Einschätzung des M. \_\_\_-Gutachtens zu überzeugen vermag. Danach steckte die Beschwerdeführerin nach der arrangierten Heirat, dem Verlust des ersten Kindes und der Übersiedlung in die Schweiz alle Energie (sowohl finanziell als auch anderweitig) und auch alle Hoffnung in ihre drei Söhne und blieb deswegen trotz schwieriger Ehe mit ihrem Ehemann zusammen. Diese Hoffnungen der Beschwerdeführerin wurden dann aber durch den Verlust von Geld durch Aktienspekulation durch den Ehemann, die Schwierigkeiten der Söhne bei der Ausbildung und Arbeitssuche und ihrem Verhalten mit Abgleiten in die Drogensucht schwer enttäuscht. Sie fühlte sich als Versagerin. Dies führte nach überzeugenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin zur Dekompensation der schon seit Jahren bestehenden Rückenbeschwerden. In diesem Zusammenhang überzeugt auch die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, sodass der Hinweis der Beschwerdeführerin, bei ihr liege keine solche vor (Urk. 1 S. 3), nicht verneht. Wie die Gutachter des M. \_\_\_ nachvollziehbar ausführen, konnte sich die Beschwerdeführerin mit ihren körperlichen Symptomen eine gewisse Entlastung von den drückenden Familienproblemen verschaffen, erhielt vor sich und der Umgebung eine Rechtfertigung dafür, nicht mehr arbeiten zu müssen und sich vermehrt Ruhe und Erholung gönnen zu können, woraus ein sekundärer Krankheitsgewinn resultierte. Sie sei zwar leicht depressiv, könne sich nicht mehr richtig freuen, verfüge über wenig Zukunftsperspektiven und habe sich sozial zurückgezogen, indessen seien die Schlafstörungen nur geringgradig ausgeprägt, sie leide nicht unter Konzentrationsstörungen, treffe sich auch regelmässig mit einer Kollegin, könne problemlos in der Stadt einkaufen und stundenlang fernsehen. Im Weiteren überzeugt angesichts der Herkunft der Beschwerdeführerin auch der Hinweis (Urk. 10/14/2), dass kulturelle Hintergründe an der subjektiven Krankheitsüberzeugung beteiligt seien, nachdem - wie sie es bei ihrer Schwiegermutter erlebt habe - nun für sie die Zeit gekommen wäre, sich zur Ruhe zu setzen und die Arbeit den (nicht vorhandenen) Schwiegervätern zu überlassen (Urk. 10/30/19-20).

### E. 5.3.3

Hinsichtlich des Vorliegens einer fachärztlich festgestellten psychischen Störung (mit Krankheitswert) liegt übereinstimmend eine rezidivierende depressive Störung vor, wobei die Beurteilung durch die Gutachter des M. \_\_\_ zu überzeugen vermag, wonach nur eine solche leichter Ausprägung vorliegt, welche die Beschwerdeführerin nicht daran hindert, ganzständig im leistungsmässigen Umfang von 80 % einer Beschäftigung nachzugehen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin weisen die Berichte von Dr. X. \_\_\_ nicht auf eine anhaltende Verschlechterung der depressiven Erkrankung hin. Einerseits spricht sie im Bericht vom 30. Mai 2007 (Urk. 8) selber von einem Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidalität (Februar 2007), andererseits führt sie aus, dass aufgrund der persönlichen, familiären und finanziellen Sorgen die Beschwerdeführerin seit 2004 nicht mehr in der Lage gewesen sei, einer Arbeit nachzugehen, woraus hervorgeht, dass diese Ärztin ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die psychosoziale Situation zugrunde legt. Medizinische Gründe für eine anhaltende wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach der im Februar erlittenen Episode nennt sie nicht. Dr. Weber, leitender Arzt des G. \_\_\_, bestatigt lediglich für Dauer der Hospitalisation von 12 Tagen eine volle Arbeitsfähigkeit und spricht von divergierenden Befunden bei besserungsfähigem Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/46/3-4). Der behandelnde Psychiater Dr. A. \_\_\_ diagnostiziert in seinem letzten Bericht vom 23. Dezember 2006 (Urk. 10/52/5-6) unverändert seit seinem vormaligen Bericht vom 19. Juni 2004 (Urk. 10/10/3-4) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Symptom. Seine (ebenfalls) unveränderte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % wird im Gutachten des M. \_\_\_ schlüssig widerlegt (Urk. 10/30/20-21). Ferner wird darin auch auf die unterdosierte und unregelmässige Einnahme antidepressiver Medikamente hingewiesen (vgl. auch das Laborergebnis, Urk. 10/30/11).

Zu ergänzen bleibt, dass der Hausarzt Dr. C. \_\_\_, obwohl kein Psychiater, in seinem Bericht vom 3. Januar 2007 nicht eine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes darlegt und eine Arbeitsfähigkeit nicht grundsätzlich ausschliesst (Urk. 10/43/1-5).

Abschliessend ist zu vermerken, dass die Gutachten zu Händen der BVK (Urk. 10/13 und Urk. 10/19) keine fachärztliche, d.h. psychiatrische Befunderhebung enthalten und einzig die subjektiven Klagen wiedergeben, ohne sich mit denselben begründet und kritisch auseinanderzusetzen. Sie sind daher nicht beweistauglich und vermögen die Einschätzung durch die Gutachter des M. \_\_\_ in keiner Weise in Frage zu stellen.

### E. 5.3.4

Insgesamt fehlen daher die für das Vorliegen einer Invalidität im Sinne des Gesetzes erforderlichen Kriterien hinsichtlich der Schmerzstörung, nachdem es in erster Linie an der Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer und beispielsweise auch an einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens fehlt, immerhin trifft sich die Beschwerdeführerin noch mit einer Kollegin und geht in die Stadt. Im Weiteren legte das M. \_\_\_-Gutachten überzeugend dar, dass der Beschwerdeführerin die Willensanstrengung zugemutet werden kann, ihre subjektive vollständige Arbeitsfähigkeit zu vermeiden bzw. zu überwinden.

5.4. Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass trotz der Hospitalisation nach Einsicht in die Schlussfolgerungen des Gutachtens Ende Januar 2006 auf dieselben abzustellen ist. Die Gutachter kommen nach umfassenden Abklärungen in neurologischer, rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht zum nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in der angestammten Tätigkeit bzw. für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Hotellerie der B. eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar ist, aufgrund der leichten depressiven Stimmung sowie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung für diese Tätigkeit indessen eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % besteht.

## 6. Zusammenfassend

6.1. Die Beschwerdeführerin äusserte sich nicht zu der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Invaliditätsberechnung. Diese basiert auf einem Valideneinkommen von Fr. 56'508.-- (gemäss den Angaben des Arbeitgebers aus dem Jahr 2002 zuzüglich Nominalloohnerhöhung) und einem Invalideneinkommen aufgrund des um 20 % verminderten Valideneinkommens infolge der bloss 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Urk. 11/32 und Urk. 10/33).

6.2. Aus dem Fragebogen der B. Zähler (Arbeitgeberbericht vom 21. Juni 2004, Urk. 10/11) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2002, dem letzten Jahr, in dem sie offenbar vollständig arbeitsfähig war (Urk. 10/11/2), rund Fr. 55'230.-- verdiente. Dieser Lohn wurde auch der AHV-Ausgleichskasse gemeldet (Urk. 10/9/1). Wird dieses Valideneinkommen entsprechend der Lohnentwicklung bei Frauen von 121 Punkten (2002: 2296 Punkte, 2006: 2417 Punkte; vgl. Die Volkswirtschaft, 6-2008, S. 91, Tabelle B 10.3) hochgerechnet, resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 58'141.--. Analog der Berechnung der Beschwerdegegnerin resultiert bei Gleichsetzung der Leistungsunfähigkeit mit der Erwerbseinbusse in der Tat ein Invaliditätsgrad von 20 %. Wenn auf die Daten der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik zurückgegriffen wird (standardisierte Bruttolöhne [Tabellengruppe A] bzw. so genannter Zentralwert [Median] der Tabellengruppe A für Frauen von Fr. 48'228.-- [12 x Fr. 4'019.--]) und zusätzlich berücksichtigt würde, dass diesem Wert generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher etwas tiefer ist als die seit 2006 durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 5-2008 S. 90 Tabelle B9.2), würde lediglich ein Invalideneinkommen von Fr. 50'278.-- bzw. von Fr. 40'222.-- (unter Berücksichtigung der Leistungseinbusse von 20 %), bzw. eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'919.-- oder ein Invaliditätsgrad von 31 % resultieren. Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit ein ganztägiges Pensum zumutbar ist, ist kein weiterer Leidensabzug vorzunehmen.

6.3. Zusammenfassend ist die Beschwerde mangels rentenbegleitendem Invaliditätsgrad abzuweisen.

## E. 7

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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

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:

- Rechtsanwalt Guy Reich

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.