

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01092 vom 17. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01092

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01092 du 17 mars 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01092 del 17 marzo 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

Fettleibigkeit begründet grundsätzlich keine leistungsbegründende Invalidität, wenn sie keine körperlichen, geistigen (seit 1. Januar 2004 : oder psychischen) Schäden bewirkt und nicht die Auswirkung von solchen Schäden ist. Hingegen muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (ZAK 1984 S. 345 f. Erw. 3; Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007 in Sachen S., I 839/06, Erw. 4.2.3 und vom 21. März 2007 in Sachen B., I 745/06, Erw. 3).

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

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).

3.2 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

3.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu

erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

3.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

3.5. Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Akten eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, BGE 122 V 160f. Erw. 1c, je mit Hinweisen).

E. 4

4.1. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine (ganze) Invalidenrente.

4.2. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung könnte die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe ein Einkommen von Fr. 42'264.-- erzielen. In dieser Tätigkeit weiterhin zu arbeiten, sei ihr jedoch nicht zumutbar. In behinderungsangepassten Tätigkeiten wie Kontrollarbeiten, Überwachungsfunktionen, leichte Montagearbeiten oder leichte Verpackungsarbeiten sei ihr jedoch ein volles Arbeitspensum zumutbar. Aufgrund des tiefen Lohnniveaus im Gastgewerbe könnte sie in einer angepassten Tätigkeit mehr verdienen im Vergleich zur Tätigkeit als Küchenhilfe. Eine Erwerbseinbusse liege deshalb nicht vor (Urk. 2 Seite 2).

4.3. Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, die Ärzte, die sie behandelt oder untersucht hätten, seien sich einig, dass sie an einem tendomyofaszialen Schmerzsyndrom (Fibromyalgie) leide und seit Mai 2005 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Zudem leide sie an einer Ruptur der Supraspinatus-Sehne, Subscapularis-Oberrand-Läsion mit Poulit-Läsion rechts, welche die Schulterbeschwerden objektiv erklärten. Soweit sich die Ärzte zu einer körperlich leichten Tätigkeit überhaupt hätten verlauten lassen, seien sie von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (Urk. 1 Seite 5). Mit dem vorliegenden Abklärungsergebnis der Beschwerdegegnerin lasse sich eine Vollinvalidität begründen, auf keinen Fall jedoch eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit. Die funktionale Leistungsfähigkeit sei abzuklären und zu objektivieren. Anschliessend sei über das Leistungsgesuch neu zu entscheiden. Dabei sei zu berücksichtigen, dass sie als Gesunde einen unterdurchschnittlichen Lohn gehabt habe (Urk. 1 Seite 8).

sei ihnen von Y.____ zur stationären Therapie bei drohender Invalidisierung eines undifferenzierten Schmerzsyndroms zugewiesen worden. Bei Eintritt seien 16/18 schmerzhafte Tenderpoints, geschwollene, druckdolente Handgelenke und Ellbogen, eine schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit mehr rechts als links sowie eine um ein Drittel verminderte Beweglichkeit in der Brust- und Lendenwirbelsäule in allen Richtungen aufgefallen. Sonographisch habe sich eine Flüssigkeitsansammlung in den Hand- und Ellenbogengelenken beidseits gezeigt. Die BSR seien mit 40mm/h erhöht gewesen. Eine Skelettszintigraphie habe eine Anreicherung in beiden Schultern, Ellbogen und der medialen Fußwurzel links gezeigt. Es habe der Verdacht auf eine beginnende rheumatoide Arthritis bestanden (Urk. 10/10/14). Die Schulterschmerzen rechts hätten sich nur leichtgradig verbessert. Eine weitere Verbesserung könne sich möglicherweise unter der Therapie mit Methotrexat noch zeigen (Urk. 10/10/15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä P.____ und Q.____ von der Rheumaklinik des Spitals S.____ hielten in ihrem Bericht an Y.____ vom 6. Dezember 2005 fest, dass sich in der aktuellen klinischen Untersuchung keine Synovitiden hätten feststellen lassen. Laborchemisch habe ebenfalls kein Hinweis auf eine persistierende, entzündliche Aktivität bestanden. Dies kontrastiere mit einer von der Beschwerdeführerin angegebenen weiteren Zunahme der generalisierten Schmerzen seit der Hospitalisation in der Rheumaklinik des Spitals S.____. Die aktuell angegebenen Schmerzen dürften mehrheitlich im Rahmen eines Weichteilschmerzsyndroms zu erklären sein. Bezüglich der möglichen Arthritis empfehle sich eine Reevaluation der Diagnose und Festlegung der weiteren Therapie nach einer mindestens dreimonatigen Methotrexat-Therapie. Zur Behandlung des Weichteilschmerzsyndroms werde eine schmerzdistanzierende Therapie zusätzlich mit einem trizyklischen Antidepressivum empfohlen (Urk. 10/10/12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht an Y.____ vom 2. August 2006 diagnostizierten P.____ und R.____ einen Verdacht auf eine seronegative rheumatoide Arthritis (Differentialdiagnose: undifferenzierte Spondylarthropathie [Erstdiagnose August 2005]) bei/mit Rheumafaktor, Anti-CCP-Antikörper, ANA negativ, anodulär und anerosiv, aktuell klinisch keine Synovitiden und fehlende humorale Entzündungsaktivität sowie Basistherapie Methotrexat subkutan seit August 2005. Im Übrigen erhoben sie die gleichen Diagnosen wie im genannten Bericht vom 13. September 2005 (Urk. 10/35/12, vgl. Urk. 10/10/14). Im Weiteren führten sie an, sie beurteilten die Beschwerden im Rahmen eines sekundären generalisierten tendomyofaszialen Schmerzsyndroms. Therapeutisch würden sie dazu raten, die Therapie mit Methotrexat zu belassen. Bezüglich des Schmerzsyndroms könne als zentral schmerzmodulierende Therapie eine antidepressive Therapie erwogen werden. Begleitend könne eine analgetische Therapie, zum Beispiel mit Zaldiar, erfolgen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Köchin bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/35/14).

5.1.4 Ä Ä Die neue Hausärztin der Beschwerdeführerin, A.____, führte in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 19. April 2007 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" einen Verdacht auf eine seronegative rheumatoide Arthritis, ein sekundäres generalisiertes tendomyofasziales Schmerzsyndrom, ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt lumbal, eine Partialläsion Subscapularis rechts mit Verdacht auf Pouliel-Läsion, transmurale Läsion Supraspinatusansatz rechts und Rotatorenmanschetten-Tendinopathie und unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" eine Diabetes mellitus Typ II mit

rheumatoide Arthritis (Urk. 10/10/14-17). Anlässlich der am 29. November 2005 sowie am 14. Juli 2006 durchgeführten Untersuchungen konnten aber keine Synovitiden und kein Gelenkserguss dargestellt werden (Urk. 10/10/12 und Urk. 10/35/14). Im Weiteren bestand am 14. Juli 2006 gemäss den Angaben von P.____ und R.____ im genannten Bericht vom 2. August 2006 laborchemisch bis auf eine diskret erhöhte BSR von 21 mm/h keine erhöhte humorale Aktivität. Die immunologische Untersuchung habe weiterhin negative Werte für Rheumafaktoren, ANA und Anti-CCP-Antikörper gezeigt, und radiologisch liessen weiterhin keine erosiven Veränderungen vor. Im Bereich der Lendenwirbelsäule zeigten sich keine Hinweise für eine ISG-Arthritis, und entzündliche Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule fehlten. Insgesamt bestehe eine seronegative Polyarthritis, wobei unter der aktuellen Basistherapie mit Methotrexat subkutan keine Hinweise für eine entzündliche Krankheitsaktivität bestanden. Subjektiv persistierten die Beschwerden unter Methotrexat, wobei generalisierte Schmerzen am ganzen Körper im Vordergrund ständen. Klinisch falle eine generalisierte Allodynie mit positiven Tenderpoints sowie positiven Kontrollpunkten auf (Urk. 10/35/14). Dementsprechend beurteilten P.____ und R.____ die Beschwerden - wie bereits im Bericht an Y.____ vom 6. Dezember 2005 (Urk. 10/10/12) - im Rahmen eines sekundären generalisierten tendomyofaszialen Schmerzsyndroms, was überzeugend erscheint.

5.2.3.4.1.1 Die von Z.____ in seinem Bericht an die H.____ vom 10. Mai 2006 (Urk. 10/10/6-9, entspricht seinem Bericht an die H.____ vom 24. Juli 2007 [Urk. 10/35/15-18]) erhobenen Befunde und Diagnosen stimmen im Wesentlichen mit denjenigen in den Berichten der Rheumaklinik des Spitals S.____ vom 13. September und 6. Dezember 2005 überein. Gleiches gilt für die Diagnosen in den Berichten von Y.____ und A.____ an die Beschwerdeführerin vom 8./10. Juni 2006 respektive 19. April 2007 (Urk. 10/10/1-4, Urk. 10/35/1-6); bezüglich der Befunde verweisen diese beiden Ärzte sogar ausdrücklich auf die genannten Berichte der Rheumaklinik des Spitals S.____ sowie von Z.____.

Was die Arbeitsfähigkeit betrifft, so sind sich die beigezogenen Ärzte darin einig, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Köchin/Küchenhilfe nicht mehr arbeitsfähig ist. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit haben sich einzig Y.____ sowie Z.____ geäussert, wobei beide die Auffassung vertreten, dass auch insoweit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (Urk. 10/10/4 und Urk. 10/10/8). Eine Begründung für diese Beurteilung haben sie nicht geliefert. Sie vermag denn auch nicht zu überzeugen, und zwar aus folgenden Gründen:

5.2.4.1.2 Vorab ist festzuhalten, dass pathogenetisch-aetiologisch unklare Beschwerdebilder (wie das bei der Beschwerdeführerin im Vordergrund stehende chronische panvertebrale und generalisierte tendomyofasziale Schmerzsyndrom) die Ausübung (zumindest) leichter Tätigkeiten aller Erfahrung nach nicht ausschliessen, wovon das Bundesgericht in ständiger Rechtsprechung ausgeht (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 29. August 2007 in Sachen E., I 994/06, Erw. 3.3, mit Hinweisen). Bei einem "Syndrom" handelt es sich bloss um die Benennung eines bestimmten Symptomenkomplexes, und es geht beim panvertebralen resp. tendomyofaszialen Syndrom - wie im Übrigen auch bei der Diagnose der Fibromyalgie - um die Benennung eines Schmerzzustandes (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 2. August 2006 in Sachen P., U 58/06, Erwägung 4.2.1, mit

Hinweis). Schmerzen heben aber das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich nicht auf (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 29. August 2007 in Sachen E., I 994/06, Erw. 3.3, mit Hinweisen). Vielmehr besteht nach der Rechtsprechung eine - auf medizinische Empirie gestützte - Vermutung, dass pathogenetisch-aetiologisch unklare syndromale Leidenszustände (vgl. BGE 132 V 65) oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung in der Regel überwindbar sind (vgl. Erwägung 3.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausserdem ist zu bemerken, dass die versicherte Person nach dem Grundsatz der Selbsteingliederung von sich aus das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen hat, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher zumutbarer medizinischer Behandlungs- und weiterer therapeutischer Möglichkeiten. Kommt sie dieser Schadenminderungspflicht nicht in genügender Weise nach, kann dies im Rahmen von Art. 21 Abs. 4 ATSG (bis 31. Dezember 2002: Art. 31 Abs. 1 IVG) zur ganzen oder teilweisen, vorübergehenden oder dauernden Ablehnung der beruflichen Massnahme resp. Rente führen (vgl. BGE 127 V 298 Erw. 4.b.cc, mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 10. November 2005 in Sachen G., I 271/05, Erwägung 2, mit Hinweisen).

5.2.5 Ä Ä Mit Blick auf die seitens der Rheumaklinik des Spitals S.____ erhobenen objektiven somatischen Befunde (Urk. 10/10/16-17, Urk. 10/10/12 und Urk. 10/35/13-14) ist - wie B.____ vom RAD in seiner Stellungnahme vom 3. November 2006 zu Recht bemerkt (Urk. 10/14/3) - nicht ersichtlich, weshalb es der Beschwerdeführerin nicht zumutbar sein sollte, zumindest körperlich sehr leichte Tätigkeiten ganztags auszuüben. Dies gilt umso mehr, als die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden unter anderem auch auf die bei ihr sowohl seitens der Rheumaklinik des Spitals S.____ als auch von Z.____ festgestellte Haltunginsuffizienz sowie Dekonditionierung resp. muskuläre Dysbalance zurückzuführen sein dürften (Urk. 10/35/12 und Urk. 10/10/8). Eine Dekonditionierung kann nämlich - in der Regel - durch entsprechendes Training behoben werden und ist daher bei der Beurteilung der Invalidität, welche definitionsgemäss auf Dauer beruht (Art. 8 ATSG), grundsätzlich ausser Acht zu lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 15. März 2006 in Sachen M., I 884/05, Erwägung 2.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was die von sämtlichen Ärzten erhobene Adipositas per magna (vgl. Erwägung 3.1) betrifft, so wurde dieser von Y.____ und A.____ ausdrücklich kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (Urk. 10/10/1 und Urk. 10/35/5). Auch die Beschwerdeführerin selbst macht nicht geltend, sie sei dadurch in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Ausserdem ist nicht aktenkundig, dass sie sich je ernsthaft darum bemüht hätte, ihr massives Übergewicht - sie wog bei einer Körpergrösse von knapp 160 Zentimetern im September 2005 106 Kilogramm und im Mai 2006 114 Kilogramm (Urk. 10/10/16 und Urk. 10/10/8) - zu reduzieren (vgl. Urk. 10/10/7). Dazu wäre sie aufgrund der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht aber gehalten gewesen, zumal sie gemäss den Angaben im Austrittsbericht der Rheumaklinik des Spitals S.____ vom 13. September 2005 auf die Notwendigkeit einer massiven Gewichtsreduktion hingewiesen und entsprechend instruiert worden war (Urk. 10/10/15 und Urk. 10/10/17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich enthalten auch die - an A.____ gerichteten - Berichte von M.____ vom 19. Januar 2007 und von L.____ vom 27. März 2007 keine somatischen

Befunde, welche die vollzeitliche Ausübung einer körperlich sehr leichten Tätigkeit unzumutbar erscheinen lassen würden (Urk. 10/35/7-9). Gleiches gilt für die Feststellungen der Klinik D.____ im Bericht an I.____ vom 31. August 2006 (Urk. 10/35/10-11). Wohl wurde darin - wie bereits in den Berichten der Rheumaklinik des Spitals S.____ vom 13. September 2005 und 2. August 2006 (Urk. 10/10/16 und Urk. 10/35/12) - eine Partiallähmung subscapularis rechts erhoben. Das Vorliegen einer Poulie-Lähmung wurde indessen nur noch verdachtsweise angeführt. Ausserdem wurde zwar ein Endphasenschmerz, jedoch keine erhebliche Einschränkung der Schulterbeweglichkeit festgestellt (vgl. Urk. 10/10/12); die Aussenrotation gegen Widerstand war anlässlich der seitens der Klinik T.____ am 28. August 2006 durchgeführten Untersuchung sogar mit voller Kraft möglich (Urk. 10/35/11).

5.2.6.1 Eine allfällige psychische Problematik im Sinne einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere (vgl. Erwägung 3.1) ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht ersichtlich und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Insbesondere ist nicht aktenkundig, dass sie je regelmässig Psychopharmaka eingenommen und/oder sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterzogen hätte (Urk. 10/35/6), wozu sie nach dem Gesagten aber verpflichtet (gewesen) wäre. Sodann ergeben sich aus den Akten auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die übrigen Kriterien, welche die Annahme einer durch das Schmerzsyndrom bedingten Arbeitsunfähigkeit ausnahmsweise rechtfertigen könnten, erfüllt sein könnten (vgl. Erwägung 3.1; vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 6. Dezember 2007 in Sachen L., 8C_468/2007, Erwägungen 3 und 5.2.2, mit Hinweisen).

5.3.1.1 Aufgrund der vorliegenden Akten kann somit ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 Seite 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (vgl. Erwägung 5.2.4) zuzumuten ist, ganztags einer körperlich sehr leichten Tätigkeit nachzugehen. Weitere Beweiserhebungen erscheinen daher unnötig (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 6. Dezember 2006 in Sachen L., 8C_468/2007, Erw. 5.2.2, mit Hinweisen).

E. 6

6.1.1.1 Im Weiteren ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

6.2.1.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein

deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 Erw. 5c/bb S. 157 mit Hinweisen). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 Erw. 4.4 S. 225). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte (vgl. SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I 697/05 und Urteil I 750/04 vom 5. April 2006, Erw. 5.5) oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes (vgl. Urteil U 454/05 vom 6. September 2006, Erw. 6.3.3 mit Hinweisen) erfolgen (BGE 134 V 322 Erw. 4.1 mit Hinweisen).

Die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Nimmt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1, 126 V 76 Erw. 3b/aa mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen S. vom 21. August 2006, I 850/05, Erw. 4.2).

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

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährnung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

8.4 Ä Ä Ä Ä Kommt die Beschwerdeführerin künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann das Gericht sie zur Nachzahlung der ihr erlassenen Gerichtskosten und der Auslagen für die unentgeltliche Vertretung verpflichten (vgl. § 92 des Gesetzes über den Zivilprozess [ZPO]).

Das Gericht beschliesst:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bewilligung des Gesuchs vom 27. August 2007 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr Rechtsanwalt Daniel Bohren, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt,

und erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährnung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Daniel Bohren, Zürich, wird mit Fr. 1'672.60 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Rechtsanwalt Daniel Christe
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä sowie an

- Gerichtskasse (im Dispositiv)

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.