

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01161 vom 9. Februar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-02-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01161

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01161 du 9 février 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01161 del 9 febbraio 2009

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging davon aus, ohne Behinderung hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2002 ein Einkommen von Fr. 35'818.-- erzielen können und mit gemäss medizinischer Beurteilung behinderungsangepassten Tätigkeiten würde sie (ausgehend von Niveau 4 der Tabellenlöhne und unter Vornahme eines Abzugs von 25 %) in einem Pensum von 67 % Fr. 24'013.-- verdienen können, womit der Invaliditätsgrad 33 % betrage (Urk. 2 S. 3).

2.2 Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) vorab geltend, es seien das IVG, die Kantonsverfassung, die Bundesverfassung (BV), die Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte (EMRK), das Gleichstellungsgesetz und das ATSG verletzt (S. 5 Ziff. 1.7).

Die Sodann wurde geltend gemacht, der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin genüge den gesetzlichen Erfordernissen nicht (S. 13 f. Ziff. 2.2.1.2) und habe nicht fachmedizinisch Stellung genommen (S. 14 f. Ziff. 2.2.1.3).

Weiter wurde geltend gemacht, das am 29. August 2006 erstattete Gutachten leide an - einzeln genannten - Mängeln (S. 15 Ziff. 2.2.1.4), die Beurteilungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte seien nicht berücksichtigt worden (S. 16 f. Ziff. 2.2.1.5), ein beantragtes persönliches Gespräch sei verweigert worden (S. 18 Ziff. 2.2.1.6), zu den eingereichten Stellungnahmen sei keinerlei Stellung genommen worden (S. 18 f. Ziff. 2.2.1.7), die Aktenanlage der Beschwerdegegnerin sei ungesetzlich (S. 19 Ziff. 2.2.1.8).

Weiter wurde der Standpunkt vertreten, das Verwenden von Tabellenlöhnen benachteilige Personen mit niedrigen Löhnen (S. 19 Ziff. 2.2.2), dies verbunden mit Ausführungen zu einzelnen Aspekten der Lohnstatistik (S. 20-22 Ziff. 2.2.2.1 ff.).

Es folgten Ausführungen zur Bemessung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit (S. 23-29 Ziff. 2.2.3 und 2.2.4), so unter anderem der Hinweis, dass eine Addition der in einzelnen Teilgutachten genannten Arbeitsunfähigkeiten ein Total von 75-83 % ergeben würde (S. 26), und abschliessenden Betrachtungen zur Wichtigkeit der beruflichen Eingliederung zwecks Vermeidung sehr vieler Invaliditätsfälle (S. 29).

2.3 Strittig ist, ob sich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensangepasster Tätigkeit seit der rechtskräftigen Anspruchsverneinung im September 1999 in revisionsrelevanter Weise verändert haben,

und ob zur Beantwortung dieser Frage auf die vorhandenen medizinischen Beurteilungen abgestellt werden kann.

E. 3

3.1 Einzelne der beschwerdeweise erhobenen Rügen könnten solche formeller Art darstellen; auf sie ist vorab einzugehen.

3.2 Nicht der Überprüfung im vorliegenden Verfahren zugänglich sind all jene Einwürfe, welche aufsichtsrechtliche Belange beschlagen. Diesbezüglich ist die Beschwerdeführerin beziehungsweise ihr erfahrener Rechtsvertreter auf die entsprechenden Rechtsbehelfe zu verweisen.

3.3 Gerügt wurde, das am 29. August 2006 erstattete B. ___-Gutachten sei formell ungenügend (Urk. 1 S. 15 Ziff. 2.2.1.4). Namentlich wurde geltend gemacht:

a) das Gutachten hätte gar nie in Auftrag gegeben werden dürfen, da die von der Beschwerdeführerin eingereichten Unterlagen von bester Qualität gewesen seien und eine vollumfängliche Beurteilung ermöglicht hätten;

b) die Namen der Begutachter seien trotz ausdrücklichem Wunsch nicht beziehungsweise erst unmittelbar vor der Begutachtung bekannt gegeben worden;

c) die einzelnen Teilgutachten seien nicht vollständig in die Gesamtbeurteilung übernommen worden;

d) das Gutachten nehme keine zusammenfassende Beurteilung der relevanten Leistungsfähigkeit vor.

Dazu ist festzuhalten:

a) Welche Abklärungen im Verwaltungsverfahren massgebend und notwendig sind, entscheiden von Gesetzes wegen die IV-Stellen (vgl. Art. 57 Abs. 3 IVG). Verantwortung und Entscheidungskompetenz liegen im Verwaltungsverfahren nicht bei der Rechtsvertretung versicherter Personen, sondern bei der Beschwerdegegnerin. Dass sie ein Gutachten angeordnet hat, ist ein Entscheid, der weder zu überprüfen noch zu beanstanden ist.

b) Diese Behauptung findet in den Akten keine Stütze. Nach Erhalt der Mitteilung, dass eine B. ___-Begutachtung vorgesehen sei, nahm der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 16. September 2005 Stellung (Urk. 11/136). Wohl bezeichnete er die Anordnung als «Fehlentscheid», der jedoch nicht angefochten werde (S. 2 oben). Ausführungen betreffend Namensnennung erfolgten keine. Der Rechtsvertreter liess sich sodann am 17. Mai 2006 nach erfolgter Untersuchung (Urk. 11/166) und am 21. September 2006 nach Erhalt des Gutachtens (Urk. 11/177) vernehmen. Auch bei dieser Gelegenheit wurde keine entsprechende Rüge angebracht.

c) Die Feststellung ist zutreffend; die vollständigen Teilgutachten wurden separat abgegeben (vgl. Urk. 11/175/57-90). Was daran mangelhaft sein sollte, ist nicht ersichtlich.

d) Die Behauptung ist aktenwidrig. Im Gutachten (Urk. 11/175/1-56) wurden die durch die festgestellten Störungen bewirkten Beeinträchtigungen (S. 46 f.), die Auswirkungen auf die bisherige Tätigkeit (S. 47 f.), die Auswirkungen auf die Eingliederungsfähigkeit (S. 48 ff.) sowie die Merkmale einer leidensbedingt zumutbaren Tätigkeit (S. 50) zusammenfassend erörtert.

Die Behauptung, das eingeholte Gutachten sei mit formellen Mängeln behaftet, erweist sich somit als in jeder Hinsicht unbegründet.

3.4 Schliesslich wurde gerügt, im Vorbescheidverfahren sei keine persönliche Anhörung erfolgt (Urk. 1 S. 18 Ziff. 2.2.1.6).

Gesetz und Verordnung lässt sich nichts entnehmen, woraus sich auf eine beschwerdeweise Pflicht der Beschwerdegegnerin zur Durchführung von Besprechungen schliessen liesse. Es wurden denn auch beschwerdeweise keine entsprechenden Rechtsätze namhaft gemacht.

Zwar lässt sich (was beschwerdeweise nicht geltend gemacht wurde) aus der Entstehungsgeschichte schliessen, dass das Parlament die Erwartung gehegt hat (ohne dass sich dies in Gesetz, Verordnung und - soweit ersichtlich - Rechtsprechung niedergeschlagen hätte), es würden mit unvertretenen Versicherten vermehrt auch Gespräche geführt. Dies lässt sich jedoch nicht auf die Situation übertragen, in welcher Versicherte anwaltlich vertreten sind. Aberdies wird mitunter bereits aus schriftlichen Eingaben derart deutlich, was und dass jemand alles besser weiss, dass nicht ersichtlich ist, weshalb dies auch noch mündlich dargestellt werden sollte.

E. 4

4.1 Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 27. November 2003 (Urk. 11/79) wurde die Vorgeschichte wie folgt zusammengefasst (S. 6 Erw. 3):

Im rechtskräftigen Urteil vom 21. Januar 2000 stellte das hiesige Gericht im Zusammenhang mit der Leistungsabweisung vom 21. September 1998 fest, in medizinischer Hinsicht sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden (Asthma bronchiale, Polyposis nasi sowie Acetylsalicylsäure-Intoleranz) unbestrittenermassen nur noch in der Lage sei, ihre bisherige berufliche Tätigkeit als Abpackerin (...) dauerhaft deutlich eingeschränkt, das heisst in einem Pensum von rund 50 % auszuüben. Leidensangepasst sei eine Tätigkeit ohne wesentliche körperliche Anstrengung und ohne Staubexposition. Zur umstrittenen Frage des zumutbaren Pensums in einer leidensangepassten Tätigkeit erwog das hiesige Gericht, die Beschwerdeführerin sei in der Lage, eine leidensangepasste Tätigkeit im vollem Pensum auszuüben (...).

Sodann wurde in Würdigung des damals vorliegenden B.____-Gutachtens der Universitätskliniken, Kantonsspital C.____, vom 4. September 2002 (vgl. Urk. 11/60) und weiterer Berichte festgehalten (S. 12 Erw. 5.3):

Zusammengefasst ergibt sich nach dem Gesagten, dass gestützt auf die überzeugenden und schlüssigen Feststellungen im B.____-Gutachten seit der letzten Leistungsbeurteilung eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin eingetreten ist. Auch die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit ist ihr nicht mehr in unbeschränktem Ausmass, sondern nur noch in einem Pensum von 70 % möglich. (...)

Nach Vornahme des Einkommensvergleichs kam das Gericht zum Schluss, die Beschwerdeführerin wäre trotz Verschlechterung ihres Gesundheitszustands in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (S. 14 Erw. 6.3).

4.2. In seinem Rückweisungsurteil vom 13. Dezember 2004 (Urk. 11/82) erwog das EVG, Verwaltung und Vorinstanz hätten das Leistungsbegehren im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten der B. ___ vom 4. September 2002 abgewiesen (S. 4 Erw. 3.1), und kam zu Schluss, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in mehrfacher Hinsicht auf unklaren tatsächlichen Grundlagen beruhe (S. 8 ff. Erw. 4.3):

Auszugehen ist davon, dass die Beschwerdeführerin in mittelschwerem bis schwerem Grad in der körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Ursachen der Beeinträchtigung bleiben indessen unklar. Nach Auffassung der Gutachter ist sie am ehesten auf eine Kombination von ausgeprägtem Trainingsmangel, fraglicher Leistungsmotivation sowie einer Nachwirkung der Steroid-Medikation zurückzuführen.

Bezüglich des Trainingsmangels wird bei der zusammenfassenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit allerdings festgestellt, bevor ein solcher angenommen werden könne, sollte eine kardiale Genese der Leistungsschwäche ausgeschlossen werden. Der mit einer Prüfung der Lungenfunktion beauftragte Pneumologe Dr. med. D. ___ hatte eine kardiale Limitation in Erwägung gezogen und die Vornahme einer Echokardiographie empfohlen. Die Gutachter schlossen sich dieser Auffassung an. Eine entsprechende Untersuchung unterblieb jedoch. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit steht damit sinngemäss unter dem Vorbehalt der Ergebnisse einer an sich angezeigten kardialen Untersuchung.

Eine pulmonale Ursache für die Leistungsschwäche konnte nicht gefunden werden. Es wurde indessen darauf hingewiesen, dass damit ein allergisch induziertes Asthma bronchiale nicht ausgeschlossen werde. Die Ärzte des Spitals E. ___, F. ___, wo sich die Versicherte im Mai 1999 wegen akuter Atemnot aufhielt, hatten eine allergische Ursache der Beschwerden in Betracht gezogen und eine pneumologisch/allergische Abklärung empfohlen (Bericht vom 27. Mai 1999). Eine solche scheint in der Folge nicht durchgeführt worden zu sein.

Auch bei der rheumatologischen Untersuchung sind Fragen offen geblieben. Zum einen wurde differentialdiagnostisch eine entzündliche Systemerkrankung als möglich erachtet und es wurde festgestellt, dass die durchgeführten Laboruntersuchungen Grenzbefunde ergeben hätten, die durch ergänzende Untersuchungen zu verifizieren seien. Zum andern wird ausgeführt, dass die Steroid-Medikation zu einem erheblichen iatrogenen Cushing-Syndrom geführt habe, weshalb die Indikation zu dieser Therapie zu überprüfen sei. Diesbezüglich ist offen geblieben, ob die Steroid-Medikation abgesetzt werden kann und inwieweit davon eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Nicht abgeklärt ist des Weiteren, ob die Therapie zu Veränderungen an der Wirbelsäule (Osteoporose, Veränderungen der Wirbelkörper) geführt hat, welche für die bestehenden Beschwerden ursächlich sein können.

Weil hinsichtlich der somatischen Ursachen der geklagten Beschwerden keine Klarheit besteht, bleibt auch die im psychosomatischen Fachgutachten gestellte Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des respiratorischen Systems (ICD-10 F45.33) fraglich. Offen geblieben ist sodann, inwieweit die als Ursache der Leistungsschwäche in Betracht gezogene mangelnde Motivation allenfalls Folge der psychischen Beeinträchtigung ist. Nicht näher begründet wird schliesslich, weshalb

die bei der Beschwerdeführerin aufgetretenen psychischen Beeinträchtigungen nicht als rezidivierende depressive Störungen (ICD-10 F33), sondern als Dysthymia (ICD-10 F34.1) zu diagnostizieren sind. Eine Auseinandersetzung mit der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes durch den behandelnden Psychiater Dr. med. G. ____, welcher eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab September 1999 bestatigt hat (...), fehlt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt bleibt damit fraglich, inwieweit die vorhandenen Beeinträchtigungen organischer oder psychischer Natur sind und inwieweit sie objektiv geeignet sind, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu beeinträchtigen. Offen ist des Weiteren, ob nicht zusätzliche somatische Befunde (kardiale Limitation, entzündliches Geschehen, Folgen der Steroid-Medikation) bestehen, welche die ärztlich festgestellte Leistungsschwäche zu erklären und zu einer andern Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu führen vermögen. Wird zusätzlich berücksichtigt, dass sowohl der behandelnde Arzt Dr. med. H. ____, Allgemeine Medizin FMH, als auch die Pneumologin Frau Dr. med. I. ____, Spital E. ____, in diagnostischer Hinsicht und bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu andern Ergebnissen gelangt sind (...) und sich die B. ____, -Ärzte damit nicht näher auseinandersetzen, kann auf das Gutachten vom 4. September 2002 nicht abschliessend abgestellt werden. Weil auch nach Auffassung der Gutachter zusätzliche Untersuchungen zur Abklärung der geltend gemachten Beschwerden erforderlich sind und letztlich unklar bleibt, inwieweit die bestehende Leistungsschwäche und die daraus folgende Arbeitsunfähigkeit eine objektivierbare somatische oder psychische Grundlage haben, bedarf es zusätzlicher Abklärungen. Die Sache ist daher an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie durch Einholung eines ergänzenden Gutachtens der B. ____, oder auf andere geeignete Weise den Sachverhalt näher abkläre und hierauf über den Leistungsanspruch neu verfähre. (...)

4.3 Ä Ä Ä Ä Am 29. August 2006 erstatteten Dr. med. J. ____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, und Prof. Dr. med. K. ____, Chefarzt, medizinische Abklärungsstation B. ____, L. ____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/175).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieses stützte sich auf die vorhandenen Akten (S. 1-23), anamnestische Angaben der Beschwerdeführerin (S. 23-28), allgemeine Angaben der Beschwerdeführerin (S. 28-31), von Dr. J. ____, am 8. Februar und 13. Juli 2006 erhobene Befunde (S. 31-34), Labor- und Röntgenbefunde (S. 31 f.), ein von Dr. med. M. ____, erstattetes rheumatologisches Teilgutachten (S. 35 f.; vgl. Urk. 11/175/61-65), ein von Dr. med. N. ____, erstattetes psychiatrisches Zusatzgutachten (S. 36 f.; vgl. Urk. 11/175/57-60), ein von Dr. med. O. ____, und Dr. med. P. ____, Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung, L. ____, erstattetes endokrinologisches Zusatzgutachten (S. 37; vgl. Urk. 11/175/81-83), ein von Prof. Dr. med. Q. ____, und Dr. med. R. ____, erstattetes allergologisches Konsilium (S. 37 f.; vgl. Urk. 11/175/84-87), ein von Dr. med. S. ____, Oberarzt HNO Poliklinik, L. ____, erstattetes HNO-ärztliches Teilgutachten (S. 38; vgl. Urk. 11/175/89-90) und ein von Prof. Dr. med. T. ____, Dr. med. U. ____, und Dr. med. V. ____, Abteilung Pneumologie, L. ____, erstattetes pneumologisches Teilgutachten (S. 39; vgl. Urk. 11/175/66-80).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gutachterin und Gutachter stellten die folgenden Diagnosen (S. 39 f. Ziff. 4):

- mit Auswirkung auf Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit

- mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Widal Trias

■ Asthma bronchiale, derzeit normale Lungenfunktion

■ rezidivierende Polyposis nasi, derzeit Grad III rechts, Grad II links

■ Zustand nach bilateraler Ethmoidektomie 5/1999 und 3/2000

■ residuelle Verminderung der Riechfähigkeit

■ Acetylsalicylatintoleranz, nachgewiesen im 1/1995

- mit Auswirkungen ausschliesslich auf die Leistungsfähigkeit

2. generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom, am ehesten im Rahmen von Diagnose 7

3. chronisch rezidivierendes Thorakovertebralsyndrom bei Fehlhaltung der Wirbelsäule, beginnenden degenerativen Veränderungen, lumbaler Übergangsanomalie, Dysbalance der Rumpf- und Gesässmuskulatur so-wie Adipositas

- ohne Auswirkung auf Arbeits- und/oder Leistungsfähigkeit

4. iatrogenes Cushing-Syndrom nach mehrjähriger Anwendung systemischer Steroide

■ Adipositas Grad II

■ sekundäre Nebennierenrindeninsuffizienz nicht ausgeschlossen

■ Osteopenie der Lendenwirbelsäule und des Wardschen Dreieckes (Densitometrie 1/2004), wahrscheinlich steroidbedingt, begünstigt durch anhaltende körperliche Inaktivität

■ Leukozytose und Neutrozytose

5. leichte depressive Episode mit Somatisierungstendenz

6. grenzwertige Sensibilisierung vom Soforttyp auf Penicillin, Clavulansäure, Cefadroxil und fraglich auf Cefuroxim

7. Thrombozytose, kontrollbedürftig

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Beurteilung legten die Gutachterin und der Gutachter dar, die 2002 unterbliebene kardiale Untersuchung habe inzwischen stattgefunden und sei normal ausgefallen; die verminderte körperliche Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin beruhe ausschliesslich auf einer erheblichen Dekonditionierung. Zu diesem Schluss führe auch die im Rahmen der Begutachtung wiederholte Spiroergometrie (S. 40 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Näher untersucht worden sei sodann das pathologische Blutbild, das jedoch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich sei (S. 41 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur von den behandelnden Ärzten seit spätestens Ende 2002 postulierten Osteoporose wurde ausgeführt, es liege lediglich eine Osteopenie vor (S. 41). Diese mindere die Arbeitsfähigkeit keineswegs, sondern erfordere im Gegenteil eine Steigerung des Aktivitätsgrades (S. 42 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Gutachten von 2002 seien die Atembeschwerden der Beschwerdeführerin überwiegend einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des respiratorischen Systems zugeordnet und die Diagnose der Polyposis nasi als ohne

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erachtet worden. Dem könnte nach den erfolgten Untersuchungen nicht gefolgt werden. Die Widal Trias mit Asthma bronchiale, Acetylsalicylatintoleranz und rezidivierenden Nasenpolypen liege zweifelsfrei vor und beeinflusse die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit (S. 42 Mitte).

Das Asthma bronchiale sei so gut behandelt, dass die Lungenfunktionsprüfung vollständig normal ausfalle. Aus der Spiroergometrie ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine pulmonale oder kardiale Limitierung der körperlichen Leistungsfähigkeit (S. 42 unten). Die Ergebnisse der Spiroergometrie widerspiegelten nichts anderes als die vorhandene Dekonditionierung (S. 43).

Objektiv dominiere derzeit die Polyposis nasi das Beschwerdebild. Nach Operationen 1992 und 2000 hätten die Polypen in hohem Mass rezidiviert und seien eindeutig operationsbedürftig. Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit überwiege der Nutzen einer neuen Revisionsoperation der Nasennebenhöhlen die Operationsrisiken klar (S. 43 unten).

Aus allergologischer Sicht spreche nichts gegen den Wiedereinsatz des nach plausiblen Bericht der Beschwerdeführerin bereits früher erfolgreichen Leukotrienantagonisten; die von ihr beobachteten Symptome entsprächen, sofern überhaupt ein kausaler Zusammenhang in Betracht komme, keiner Allergie, sondern einer unspezifischen Reaktion (S. 44 Mitte).

Zu bestmöglichen sei das Vorliegen eines Cushing-Syndroms. Nicht gefunden werde eine Steroidmyopathie, denn die dafür typische Muskelschwäche fehle. Die geklagten Ganzkörperschmerzen würden aus rheumatologischer Sicht ausschliesslich aus den Befunden der allgemeinen Dekonditionierung erklärt (S. 44). Es liege am Bewegungsapparat keine objektive Beeinträchtigung vor, mit denen die subjektiven Klagen korreliert werden könnten. Unter Rücksichtnahme auf die Schmerzen erscheine eine Verminderung der Leistungsfähigkeit um 20-25 % gerechtfertigt, nicht jedoch die von PD Dr. med. W. ___ 2005 postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 45 oben).

Zur psychischen Belastbarkeit wurde ausgeführt, gemäss den Angaben des behandelnden Dr. G. ___ sei die Beschwerdeführerin nicht mehr suizidgefährdet. Sie durchlebe derzeit eine leichte depressive Episode, welche sich eher in Reizbarkeit als in Niedergeschlagenheit äussere. Weder die depressive Episode noch die somatisierenden Begleitstörungen erreichten einen Schweregrad, der aus psychiatrischer Sicht eine vollständige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit indizieren würde. Wesentlich zur Verbesserung der Gesamtsituation der Beschwerdeführerin wäre die Beachtung ihrer häuslichen Faktoren, zum Beispiel rauchender Ehemann, enge Wohnung, knappe Finanzen; einen entscheidenden Beitrag zu deren Eliminierung, aber auch zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes, könnte die Beschwerdeführerin selber leisten, indem sie sich von ihrem eindrücklich gezeigten Schonverhalten lösen und ihre weitgehend erhaltene Arbeitsfähigkeit tatsächlich verwerten würde (S. 45).

Die erfolgte interdisziplinäre Abklärung habe im Wesentlichen die Befunde des B. ___-Gutachtens C. ___ vom 4. September 2002 bestätigt (S. 45 unten). Dies sei auch nicht verwunderlich, gehe doch weder aus den jener Begutachtung folgenden medizinischen Berichten noch den persönlichen Angaben der Beschwerdeführerin eine relevante Veränderung der gesundheitlichen Situation hervor. Die resignative Haltung der

Beschwerdeführerin als auch ihrer behandelnden Ärzte, soweit sie in den zur Begutachtung vorgelegten Akten dokumentiert werde, lasse sich aus nunmehriger interdisziplinärer medizinischer Optik nicht länger aufrecht erhalten (S. 46 oben).

Die bisherige Tätigkeit im Kahlraum eines Frachtverteilerzentrums sei medizinisch nicht mehr vertretbar (S. 47 Ziff. 2.1) und hätte nach der ersten Akzentuierung der HNO- und Asthma-Problematik aufgegeben werden sollen (S. 47 Ziff. 2.5).

Die Arbeitsfähigkeit liesse sich mit einer rund 2-½-stündigen operativen Sanierung der Rezidivnasenpolypen wesentlich verbessern (S. 48 Ziff. 2.1.1). Der Einwand der Beschwerdeführerin gegen die anschliessende 4-wöchige pulmonale Rehabilitation fernab der Familie überzeuge nicht, da sie gleichzeitig zu verstehen gebe, sich im Familienkreis nicht mehr wohl zu fühlen (S. 49 Ziff. 2.1.2).

Ein geeigneter Arbeitsplatz müsse in erster Linie lufthygienisch höchsten Anforderungen genügen; dazu gehöre auch die Expositionsprophylaxe gegen Passivrauchen. Unter diesen Bedingungen könne die Beschwerdeführerin aus medizinischer Optik prinzipiell jede körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ausüben. Aus hygienischen Gründen wie auch wegen ihrer Hyp- oder Anosmie sei sie medizinisch betrachtet für Tätigkeiten in Kälten oder Laboratorien nicht geeignet (S. 50 Ziff. 3.1).

Ohne Durchführung der vorgeschlagenen HNO-Operation seien solche Tätigkeiten während 5.5 Stunden pro Tag (67 %) zumutbar. Dieser Angabe lägen die in den Teilgutachten (HNO, Pneumologie) ermittelten Werte zugrunde, wobei die arbeitsrelevanten Beschwerdebilder sich grösstenteils überlappten. Nach Durchführung der empfohlenen medizinischen Massnahmen könne in angepasster Tätigkeit eine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit, gänzlichstenfalls bis auf 100 %, erwartet werden (S. 50 Ziff. 3.2).

Medizinisch sei nachvollziehbar, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen dabei ihre Leistungsfähigkeit um 25 % verminderten (S. 50 Ziff. 3.3).

Sodann nahmen Gutachterin und Gutachter zu früheren medizinischen Beurteilungen Stellung und setzten sich insbesondere mit denjenigen des Hausarztes Dr. H. ____, des behandelnden HNO-Facharztes Dr. X. ____, und der behandelnden Pneumologin eingehend auseinander (S. 51-54).

Schliesslich äusserten sich Gutachterin und Gutachter zu verschiedenen, nach Meinung der Beschwerdeführerin bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigenden Diagnosen (S. 54 f.). Dazu hielten sie zusammenfassend fest, nicht die objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche das Gutachten ausführlich wärdige und keineswegs bestreite, sondern ihr ausgeprägtes Schonverhalten lasse die Beschwerdeführerin weit kränker erscheinen als sie effektiv sei (S. 55 unten).

Am 31. Oktober 2006 äusserten sich Dr. med. X. ____, FMH ORL, und Dr. med. I. ____, FMH Pneumologie und Innere Medizin, Spital E. ____, gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (Urk. 11/182 = Urk. 3/25). Sie führten aus, sie hätten das B. __-Gutachten zum Anlass genommen, ihre bisherige Behandlung kritisch

zu hinterfragen (S. 1 Mitte) und schilderten das nunmehrige Behandlungskonzept (S. 1 f.). Dr. X.____ berichtete ein weiteres Mal am 5. Juli 2007 (Urk. 11/206 = Urk. 3/23).

Am 23. November 2006 ersuchte Dr. med. H.____, Allgemeine Medizin FMH, Dr. med. Y.____, Rheumatologische Klinik, Universitätsspital BB.____, um eine Abklärung der Beschwerdeführerin, wobei er seine eigene Liste an Diagnosen auführte (Urk. 11/201/23 = Urk. 3/22). Am 4. Dezember 2006 wurde der Beschwerdeführerin von dort ein Untersuchungstermin (5. Januar 2007) mitgeteilt (Urk. 11/201/24).

Am 5. Februar 2007 äusserte sich Dr. med. Z.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, konsiliarisch zu Händen des behandelnden Psychiaters Dr. G.____ (Urk. 11/201/19-20 = Urk. 3/26). Er nannte folgende Diagnose: psychosoziale Belastungssituation mit Beeinträchtigung anderer Gefühle (Ärger, Sorgen, Angespanntheit) gefärbt mit depressiven Anteilen (Urk. 11/201/20 oben). Er führte ferner aus: «Wenn wir heute von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgehen müssen. Liegt der Anteil der psychischen Beeinträchtigung zwischen 1/4 und 1/3» (Urk. 11/201/19 unten).

4.5 Dr. med. BA.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin, SUVA, erstattete am 29. November 2007 eine ärztliche Beurteilung zur Frage, ob bei der Beschwerdeführerin eine Berufskrankheit vorliege (Urk. 16/2).

Einleitend hielt Dr. BA.____ fest, die Angaben der Beschwerdeführerin, sie habe ihre Arbeit als Obstsortiererin in Kühlräumen verrichtet, finde in mehreren anderen Ausfahrten keine Stütze. Sie habe wohl in Verpackungshallen mit hohen Temperaturen gearbeitet, keineswegs aber - wenn überhaupt - regelmässig und über längere Zeit in einem eigentlichen Kühlraum (S. 1 f.).

Die Beschwerdeführerin leide - erstmals diagnostiziert im Frühjahr 1995 - an einer Sonderform des Asthma bronchiale, der sogenannten Vidal'schen Trias, welche auf eine Acetylsalicylsäure-Intoleranz zurückzuführen sei und einen langwierigen, oft chronischen Verlauf zeige, auch wenn keine entsprechenden Medikamente (Aspirin) mehr eingenommen würden (S. 2 Mitte).

Die Vidal'sche Trias als initiale Erkrankung der Beschwerdeführerin sei keine Berufskrankheit (S. 3 oben).

E. 5

5.1 Das B.____-Gutachten von 2006 ist unter Berücksichtigung aller denkbaren fachmedizinischen Teilaspekte erstellt worden und beruht damit in einem Masse auf allseitigen Untersuchungen, wie es nur selten anzutreffen ist. Dementsprechend umfassend wurden die streitigen Belange behandelt. Das Gutachten wurde in Kenntnis und, soweit angezeigt, auch Würdigung der Vorakten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet.

Da es auch - worauf zurückzukommen ist - in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ist zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf seine Schlussfolgerungen abzustellen (vgl. vorstehend Erw. 1.3).

5.2 Im Vergleich zu jenem von 2002 hat das Gutachten von 2006 in der Diagnostik eine Akzentverschiebung ergeben. 2002 waren die Atembeschwerden der Beschwerdeführerin in einem psychisch-psychiatrischen Kontext interpretiert worden. Demgegenüber führten die 2006 erfolgten Abklärungen zum Schluss, dass zweifelsfrei eine Widal'sche Trias vorliege, also die Sonderform des Asthma bronchiale, welche auf eine Aspirin-Intoleranz zurückgeht und mit der Ausbildung von Nasenpolypen einhergeht. Diese, so die Erkenntnisse im Gutachten von 2006, beeinflusst die Arbeitsfähigkeit.

5.3 Anlass für die erneute Begutachtung war die Feststellung im Rückweisungsurteil des EVG von 2004, dass unklar sei, inwieweit die bestehende Leistungsschwäche und die daraus folgende Arbeitsunfähigkeit eine objektivierbare somatische oder psychische Grundlage hätten (Urk. 11/82 S. 10).

Die - im fraglichen Urteil einzeln genannten - Unklarheiten dürfen nach erfolgter neuerlicher Begutachtung als ausgeräumt erachtet werden: Eine kardiale Genese der Leistungsschwäche, so das Gutachten von 2006, kann ausgeschlossen werden; die verminderte Arbeitsfähigkeit beruht ausschliesslich auf der erheblichen Dekonditionierung der Beschwerdeführerin. Das bereits 2002 festgestellte Cushing-Syndrom als Auswirkung der erfolgten Medikation wurde 2006 bestätigt, jedoch ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu haben. Ein entzündliches Geschehen war nicht festzustellen. Betreffend Knochendichte resultierte der Befund nicht einer Osteoporose, sondern einer Osteopenie, die laut Gutachten die Arbeitsfähigkeit nicht limitiert, sondern gegenteils eine Steigerung des Aktivitätsgrades nahe legen würde.

Die im Rückweisungsurteil von 2004 in Zweifel gezogene Diagnose aus psychosomatischer Perspektive wurde im Gutachten von 2006 so nicht mehr gestellt. Der psychiatrische Befund führte nunmehr zu der die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigenden Diagnose einer leichten depressiven Episode mit Somatisierungstendenz.

5.4 Als im Hinblick auf die Umschreibung der Arbeitsfähigkeit entscheidendes Leiden wurde im Gutachten von 2006 die Kombination von Asthma bronchiale, rezidivierenden Nasenpolypen und Aspirin-Intoleranz (Widal'sche Trias) genannt. Aus allen weiteren Diagnosen ergeben sich teilweise Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (nicht aber der Arbeitsfähigkeit) und teilweise keine Einschränkungen.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang sodann, dass sich die dominierende Nasenpolypen-Problematik mit einer - gemäss Gutachten dringend indizierten - (weiteren) Operation voraussichtlich entscheidend verbessern liesse. Dass dieser aus medizinischer Sicht angezeigte und unter dem Aspekt der Schadenminderung naheliegende Weg, soweit bekannt, nicht oder noch nicht begangen wurde, liegt an der fehlenden Bereitschaft der Beschwerdeführerin.

Dem Leiden der Beschwerdeführerin angepasst ist laut Gutachten prinzipiell jede körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit in lufthygienisch einwandfreier Umgebung (ausser in Küchen oder Laboratorien).

Die Arbeitsfähigkeit, die anzunehmen ist, sofern die Nasenpolypenoperation unterbleibt, wurde im Gutachten mit 67 % beziffert.

Die von der Beschwerdeführerin angeführten Berichte von Dr. X. und Dr. I. enthalten nichts, was die im Gutachten getroffenen Feststellungen und Schlussfolgerungen in Frage stellt. Einerseits erklärten sie ausdrücklich, sich dazu nicht zu äussern. Andererseits stellten sie selber auf das Gutachten ab und passten ihm ihr Behandlungskonzept an.

Die beim Psychiater Dr. Z. eingeholte "second opinion" schafft ebenfalls keinen Widerspruch zum Gutachten. Dr. Z. diagnostizierte eine psychosoziale Belastungssituation gefolgt von depressiven Anteilen; eben dies wurde im psychiatrischen Teil des Gutachtens auch beschrieben. Die Angaben von Dr. Z. zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit hingegen sind auffallend hypothetisch formuliert und nur dahingehend zu verstehen, dass für den Fall, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden muss (warum auch immer), rund 25-33 % als psychisch bedingt zu erachten wären. Dass aus der von ihm gestellten Diagnose effektiv eine Arbeitsunfähigkeit resultierte, sagte Dr. Z. nicht; es wäre ihm in diesem Punkt auch schwerlich zu folgen.

Im November 2007 wurde die Beschwerdeführerin von ihrem Hausarzt (gemäss Aktennotiz des Rechtsvertreters auf Veranlassung von PD Dr. W., dies im Anschluss an eine Besprechung zwischen diesem und dem Rechtsvertreter; vgl. Urk. 3/28) an die Rheumaklinik des Universitätsspitals überwiesen, von wo sie auf den 5. Januar 2007 zur Untersuchung aufgeboten wurde (Urk. 11/201/24). Diese scheint keine weiterführenden Erkenntnisse ergeben zu haben; jedenfalls wurde weder mit den Beschwerdebeilagen (Urk. 3/1-27) noch mit späteren Eingaben (Urk. 13-15, Urk. 17) ein entsprechender Bericht eingereicht.

Somit ist einerseits festzuhalten, dass das Gutachten von 2006 allen praxis-gemässen Kriterien (vorstehend Erw. 1.3) vollumfänglich genügt. Andererseits sind keine medizinischen Beurteilungen aktenkundig, die auf schlüssige Weise den Feststellungen und Schlussfolgerungen im Gutachten widersprechen würden.

Demnach ist auf das Gutachten abzustellen.

Damit lässt sich der medizinische Sachverhalt als wie folgt erstellt umschreiben:

Für eine Tätigkeit in Kämmen, welche die Beschwerdeführerin angab, ausgeübt zu haben, besteht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

Leidensangepasst ist prinzipiell jede körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit in lufthygienisch einwandfreier Umgebung (ausser Küchen und Laboratorien). Dafür beträgt die Arbeitsfähigkeit 67 %, solange sich die Beschwerdeführerin nicht operieren lässt. Nach erfolgter Nasenpolypenoperation dürfte sie bis 100 % zu steigern sein.

Dass die beschwerdeweise postulierte Addition der in den Teilgutachten attestierten Arbeitsunfähigkeiten (Urk. 1 S. 26) nicht angeht, ergibt sich aus dem Gutachten (Urk. 11/175 S. 50 Ziff. 3.2), aus der Rechtsprechung (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15) und aus Gründen der Logik insofern, als komplementär zum Addieren von

Arbeitsunfähigkeiten auch die bereichsweise resultierenden Arbeitsunfähigkeiten zu addieren wären, womit im Einzelfall paradoxerweise eine Arbeitsunfähigkeit von über 100 % resultieren würde.

Klarzustellen ist sodann, dass aus rheumatologischer Sicht nicht, wie beschwerdeweise angegeben (Urk. 1 S. 24 Ziff. 2.2.3.2.2), eine Erwerbsunfähigkeit von 20-25 % attestiert wurde. Richtig ist, dass im Gutachten ausgeführt wurde, die muskuläre Dekonditionierung und das chronische Übergewicht würden derzeit gestatten, eine Verminderung der Leistungsfähigkeit um 20-25 % zuzugestehen (Urk. 11/175 S. 36 Mitte). Im rheumatologischen Teilgutachten wurde ausdrücklich festgehalten, es liege kein objektivierbarer somatischer Schaden vor, aus dem sich aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigt (Urk. 11/175/64 unten). Damit übereinstimmend wurde die Widal'sche Trias als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit genannt (Urk. 11/175 S. 39) und die Arbeitsunfähigkeit wurde explizit mit 67 % beziffert, während die genannte Einschränkung von 20-25 % separat und lediglich als verminderte Leistungsfähigkeit ausgewiesen wurde (Urk. 11/175 S. 50 Ziff. 3.2 und 3.3).

E. 6

6.1 Betreffend Invaliditätsbemessung sind nicht die beschwerdeweise angestellten Betrachtungen (Urk. 1 S. 19 ff.) massgebend, sondern die diesbezügliche gefestigte Gerichtspraxis, nämlich:

6.2 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen und wollte sie sich nicht aus freien Stücken damit begnügen, hat zunächst eine Parallelisierung der beiden Vergleichseinkommen zu erfolgen. Diese kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Validen Einkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 134 V 322, E. 4.1, 325 f.).

6.3 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7, seit 2004 41,6 und seit 2006 41,7 wöchentlich Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2008 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

6.4. 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 7

7.1. Ä Ä Ä Ä Betreffend Invalideneinkommen ist die Beschwerdeführerin für das Jahr 2002 von Fr. 35'818.-- ausgegangen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das mittlere von Frauen in einfachen und repetitiven Tätigkeiten im Bereich Gartenbau erzielte Einkommen betrug im Jahr 2002 Fr. 3'326.-- pro Monat (LSE 2002 S. 43 Tab. TA 1, Ziff. 01, Niveau 4). Dies ergibt bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 43.0 Stunden im Primärsektor (Die Volkswirtschaft 12/2008 S. 94 Tab. B 9.2 lit. A) im Jahr Fr. 42'905.-- (Fr. 3'326.-- x 12 : 40.0 x 43.0).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit lag das für 2002 angenommene effektiv erzielbare Einkommen der Beschwerdeführerin knapp 17 % tiefer als der branchenspezifische Tabellenlohn. Es ist deshalb gerechtfertigt, als hypothetisches Invalideneinkommen nicht das aufgerechnete, zuletzt erzielte effektive Einkommen, sondern den entsprechenden Tabellenlohn einzusetzen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit ist von einem Invalideneinkommen im Jahr 2002 von Fr. 42'905.-- auszugehen.

7.2. Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführerin sind gemäss dem im Gutachten formulierten Belastungsprofil, mit zwei noch zu behandelnden Einschränkungen, prinzipiell alle leichten bis gelegentlich mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten zumutbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf das Einkommen abzustellen, das Frauen im Jahr 2002 in einfachen und repetitiven

Tätigkeiten im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige erzielen, mithin Fr. 3'820.-- pro Monat (LSE 2002 S. 43 Tab. TA 1, Total, Niveau 4). Dies ergibt angepasst an die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft a.a.O. lit. A-O) im Jahr Fr. 47'788.-- (Fr. 3'820.-- x 12 : 40.0 x 41.7).

Zu berücksichtigen ist nunmehr, dass für diese Tätigkeiten eine lufthygienisch einwandfreie Umgebung verlangt ist. Diesem erschwerenden Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 10 % Rechnung zu tragen. Andere, abzugserhöhende Faktoren, sind nicht ersichtlich. Insbesondere ist das Belastungsniveau (leicht bis gelegentlich mittelschwer) leidensangepasster Tätigkeiten mit demjenigen der früheren Tätigkeit vergleichbar und rechtfertigt keinen höheren Abzug.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Beschwerdeführerin in den genannten Tätigkeiten - solange sie sich nicht operieren lässt - lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 67 % aufweist.

Ausgehend vom genannten Tabellenlohn und den genannten Einschränkungen resultiert für das Jahr 2002 ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 28'816.-- (Fr. 47'788.-- x 0.9 x 0.67).

Die Gegenüberstellung des hypothetischen Valideneinkommens im Jahr 2002 von Fr. 42'905.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen im Jahr 2002 von Fr. 28'816.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 14'089.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 33 % entspricht.

Damit besteht kein Rentenanspruch.

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der gegen sie erhobenen Beschwerde führt.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden unabhängig vom Streitwert, nach dem Verfahrensaufwand im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 1'000.-- festzulegen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Die Beschwerde gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht 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.