

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01253 vom 20. Mai 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01253

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01253 du 20 mai 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01253 del 20 maggio 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 4. Februar 2003 erlitt die Beschwerdeführerin einen Auffahrunfall (Urk. 9/6/52 Ziff. 4 und 6).

In ihrem Bericht über die am 28. Februar 2003 erfolgte Untersuchung (Urk. 9/6/34-35) nannte Dr. med. C. ___ als Diagnose ein am 4. Februar 2003 erlittenes Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) und berichtete über typische Beschwerden mit ausgedehnten muskulären Verspannungen und schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit; neurologisch bestanden keinerlei sensomotorischen Defizite, allerdings sei die HWS noch immer funktionell blockiert.

Im Zwischenbericht vom 22. April 2003 erwähnte Dr. C. ___ noch immer beträchtliche Schmerzen im Nacken-Schultergürtelbereich verbunden mit migräneartigen Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Gehunsicherheit (Urk. 9/6/38).

Dr. med. D. ___, Neurologie FMH, berichtete am 29. April 2003 und hielt einen Status nach Auffahrkollision vom 4. Februar 2003 mit massiver myofascialer Symptomatik, ohne radikuläre Ausfälle, fest (Urk. 9/8/9-11).

3.2 Vom 17. November bis 13. Dezember 2003 weilte die Beschwerdeführerin in der Schmerzlinik E. ___, wo gemäss Austrittsbericht vom 17. Dezember 2003 (Urk. 9/6/15-17 = Urk. 9/7/7-9 = Urk. 9/8/12-14) ein cervicocephales, cervikobrachiales und lumbocurales Schmerzsyndrom nach Beschleunigungstrauma der HWS im Februar 2003 sowie eine seit Oktober 2003 bestehende Insomnie als Probleme genannt wurden (S. 1 Mitte). Die Beschwerdeführerin zeige aktuell das Bild eines sekundären Fibromyalgie-Syndromes mit Insomnie und einer zusätzlichen mittelschweren Depression (S. 3).

3.3 Dr. med. F. ___, Praktischer Arzt FMH, berichtete am 3. März 2004 (Urk. 9/7/5-6), dass er die Beschwerdeführerin seit dem 4. Februar 2004 (richtig wohl: 2003; vgl. Urk. 9/6/52 Ziff. 11) behandle (lit. D.1). Als Diagnose nannte er einen Autounfall mit Schleudertrauma der HWS mit posttraumatischem cervicalem und cervikobrachialem Schmerzsyndrom und eine depressive Entwicklung (lit. A). Er attestierte eine seit 4. Februar 2004 (richtig: 2003) bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % (lit. B). Eine Umschulung für eine leichte Arbeit zirka bis zu 50 % sei unter idealen Verhältnissen vorstellbar; eine Neu Beurteilung sei erst in zirka 2 Jahren ratsam (Urk. 9/7/6 oben).

Dr. D. ___ berichtete am 16. März 2004, es sei vor allem auf eine komplexe mehrsegmentale Funktionsstörung der HWS hinzuweisen (Urk. 9/8/5); aufgrund der Befunde sei von keiner Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 9/8/6 oben).

Weitere Berichte erstattete er am 19. August und am 28. September 2004 (Urk. 9/15/3-4, Urk. 9/15/12-13).

3.4. Am 10. Juli 2004 berichtete Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Urk. 9/10/3-4), dass er die Beschwerdeführerin seit dem 9. Januar 2004 behandle (lit. D.1). Als Diagnosen nannte er eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) nach Auffahrkollision am 4. Februar 2003 mit Schleudertrauma und anhaltender Schmerzproblematik sowie ein cervikocephales, cervikobrachiales und lumbocurales Schmerzsyndrom (lit. A). Ein Arbeitsversuch von 2 Stunden täglich mit sehr leichter Arbeit am angestammten Arbeitsplatz sei gescheitert. Gemäss seiner Einschätzung betrage die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Problematik 50 % im Erwerbsbereich und 20 % im Haushalt und sei interdisziplinär in die somatisch-rheumatologische Beurteilung zu integrieren (Urk. 9/10/4 oben).

Dr. F.____ nannte in seinem Bericht vom 10. September 2004 nebst den bereits gestellten Diagnosen zusätzlich eine Polymyalgia rheumatica und bestätigte eine seit dem 4. Februar 2003 bestehende Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/15/7 Ziff. 2 und 4).

3.5. Am 16. September 2005 wurde die Beschwerdeführerin in der Interdisziplinären Schmerzprechstunde des Universitätsspitals Zürich (USZ) beurteilt (Urk. 9/40). Es wurden die folgenden, hier leicht verkürzt angeführten, Diagnosen gestellt (S. 5 oben):

- chronisches cervikocephales und cervikospondylogenes Schmerzsyndrom
- chronische posttraumatische Kopfschmerzen bei Status nach leichtem Schädelhirntrauma
- rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4)
- mittelgradig depressives Zustandsbild (ICD-10: F32.11)

Aus neurologischer Sicht könne die Diagnose einer Commotio cerebri im Rahmen des Unfalls vom Februar 2003 trotz gewisser anamnestischer Unschärfe gestellt werden; in der Folge habe sich ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz entwickelt. Rheumatologisch habe sich eine Einschränkung in der Funktionsprüfung der gesamten Wirbelsäule gezeigt, wobei jedoch keine eigentlichen segmentalen Dysfunktionen feststellbar gewesen seien. Aus psychiatrischer Sicht müsse von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden. Die Schmerzsymptomatik werde wahrscheinlich durch das Vorliegen des klinisch relevanten, depressiven Syndroms sowie durch die schwierige psychosoziale Situation der Beschwerdeführerin und ihrer Familie noch verschärft (S. 5 Mitte).

3.6. Vom 6. bis 30. Dezember 2005 weilte die Beschwerdeführerin in der Klinik H.____, wo gemäss Bericht vom 8. März 2006 folgende Diagnosen gestellt wurden (Urk. 9/39 S. 1 Mitte):

1. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
 - chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom
 - Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 4. Februar 2003 im Rahmen eines Auffahrunfalles

- posttraumatische Kopfschmerzen

2. rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.9)

- derzeit mittelgradige depressive Episode

Die umfangreichen Vorabklärungen könnten das aktuelle Schmerzerleben nur teilweise erklären, so dass insgesamt von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werde. Begleitende psychosoziale Belastungsfaktoren mit Überforderungstendenzen im häuslichen Umfeld schufen weitere Voraussetzungen für die depressive Entwicklung der Beschwerdeführerin. Die aktuelle Episode der rezidivierenden depressiven Störung werde als mittelgradig eingeschätzt. Die Depression beeinflusse die Schmerzwahrnehmung sicherlich wesentlich und führe im Sinne eines Teufelskreises zu einer wechselseitigen Verstärkung. Aktuell bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %; eine definitive Prognose könne derzeit nicht abgegeben werden (Urk. 9/39 S. 2 Mitte).

Am 10. September 2006 erstatteten PD Dr. med. I. ___ und Dr. med. J. ___, beide Neurologie FMH, Institut S. ___ (S. ___), ein interdisziplinäres Gutachten im Auftrag der SUVA (Urk. 9/23/2-32). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (vgl. S. 5-9), ihre neurologische Untersuchung (vgl. S. 16), Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. S. 10-15) sowie eine psychiatrische (vgl. Urk. 9/23/39-58) und eine rheumatologische (vgl. Urk. 9/23/33-38) Teilbegutachtung (S. 1 unten).

Unter Zusammenschau der neurologischen Befunde sowie der rheumatologischen und psychiatrischen Ausführungen ergebe sich folgende Diagnose (S. 20 Ziff. 5):

zervikozephal und panvertebrales Schmerzsyndrom, in alle Arme und Beine ausstrahlend, sowie Kopfschmerzen mit/bei:

- assoziiert mit episodischem unspezifischem Trümmel (ohne Hinweise auf zugrundeliegende zentralnervöse oder vestibuläre Pathologie), Nausea und Durchschlafinsomnie

- Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 4. Februar 2003

- negativ interagierend (unfallgebunden): Verdacht auf Schmerzmittel-Übergebrauch-induzierte Kopfschmerzen (sog. painkiller headache)

- negativ interagierend (unfallfremd): Verdacht auf ausgeprägtes unfallfremdes Fibromyalgie-Syndrom

- negativ interagierend (unfallfremd): ausgeprägte Haltunginsuffizienz

- negativ interagierend (teilweise unfallfremd): anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und mittelgradige depressive Episode mit somatischen Syndromen (ICD-10: F32.11)

- hoher Verdacht auf individuelle Prädisposition mit erhöhtere Vulnerabilität zum Zeitpunkt des Unfallereignisses

- psychosoziale Belastungsfaktoren

Unter Berücksichtigung des gesamten Beschwerdebildes sei die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Anstellung zu 100 % arbeitsunfähig (S. 27

Ziff. 8.2). In einer leichten und wechselbelastenden körperlichen Tätigkeit sei sie zu 60 % arbeitsunfähig, mithin zu 40 % arbeitsfähig (S. 28 Ziff. 9.2).

3.8. K., Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Forensik, führte im psychiatrischen Teilgutachten vom 20. Juni 2006 (Urk. 9/23/39-58) unter anderem aus, gemäss ihren Angaben lebe die Beschwerdeführerin aktuell mit ihrem Mann, dem es noch schlimmer als ihr gehe, und den drei Kindern zuhause und könne nicht arbeiten. Ebenfalls im Haushalt lebten die Schwiegereltern, welche die Beschwerdeführerin und ihre Familie unterstützten und zu denen sie ein gutes Verhältnis habe. Sie gehe regelmässig zu ihrem Hausarzt und zum Psychiater (S. 5 Ziff. 1.3). Sie sei gemäss ihren Angaben seit dem Unfall traurig gewesen, nicht mehr arbeiten zu können, was sich nach dem Verlust ihres Arbeitsplatzes (vgl. Urk. 3/4a) im Jahr 2005 verstärkt habe (S. 13 oben).

Hinsichtlich der Diagnosen führte der Gutachter aus, ein Patient mit einer mittelgradigen depressiven Episode könne nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen; in Übereinstimmung mit der Beurteilung durch die Behandler der Klinik H. erachte er die Kriterien für die Diagnose einer derzeit mittelgradigen Episode als erfüllt (S. 15 unten). Nicht beständigen könne er hingegen (aus näher genannten Gründen) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (S. 16 f.). Ferner erachte er die Kriterien für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als erfüllt. An Konflikten und Faktoren, welche das (Schmerz-) Beschwerdebild mit bedingten und aufrechterhielten, seien zu nennen die psychosoziale Belastungssituation der Beschwerdeführerin mit krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit des (teil-)IV-berenteten Ehemannes, von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang berichtete finanzielle Probleme, konsekutive Doppelbelastung der Beschwerdeführerin als Hausfrau, Ehefrau und berufstätige Versorgerin der Familie sowie die unsichere Zukunft. Vor diesem Hintergrund fanden sich Hinweise für eine Fehlverarbeitung des Unfallerebnisses und der konsekutiven Beschwerden und Behandlungen mit festzustellender zunehmender Beschwerdeverstärkung, -ausweitung und Aggravation im Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin (S. 16 Mitte).

Der Gutachter führte weiter aus, aus psychiatrischer Sicht erachte er die Beschwerdeführerin im letzten ausgeübten Tätigkeitsbereich in der Fabrik als nicht arbeitsfähig, während im Haushalt ein Pensum von 40 % zumutbar sei (S. 18 oben).

Schliesslich empfahl der Gutachter eine Aufdosierung der antidepressiven Medikation, allenfalls einen Wechsel in der Medikation und zur besseren Therapieevaluation und Beobachtung der Compliance der Beschwerdeführerin eine regelmässige Bestimmung der Serumspiegel (S. 18 Mitte).

Dr. med. L., FMH Rheumatologie und Innere Medizin, führte in seinem Teilgutachten vom 29. August 2006 (Urk. 9/23/33-38) unter anderem aus, aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführerin wegen der ausgeprägten muskulären Insuffizienz ausschliesslich eine leichte und wechselbelastende körperliche Tätigkeit zuzumuten (S. 5 f.). Übereinstimmend mit der vorliegenden Dokumentation schienen zur Zeit im Vordergrund und limitierend die psychiatrischen Diagnosen zu sein; dieser Gesamteindruck sei durch die aktuelle Untersuchung bestätigt worden (S. 6 oben).

3.9. Dr. med. M. ____, FMH Allgemeinmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte am 6. Dezember 2006 aus, das S. __-Gutachten erfüllt alle praxisgemässen Kriterien (Urk. 9/34/5 unten), lediglich die gezogenen Schlussfolgerungen seien nicht in nachvollziehbarer Weise hergeleitet: Der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne nicht zugestimmt werden, da die Befunde nicht dafür sprechen und eine solche nie vorgelegen habe, da ansonst eine stationäre fachpsychiatrische Behandlung längst angezeigt gewesen wäre. Der somatoformen Schmerzstörung fehle der Charakter der Dauerhaftigkeit (Reversibilität nach Entfernen / Verändern diverser IV-fremder Faktoren und psychosozialer Umstände), weshalb sie nicht IV-relevant sei (Urk. 9/34/6 oben). Am 9. Juli führte Dr. M. __ aus, dass (und warum) ihres Erachtens am versicherungsmedizinischen Entscheid festzuhalten sei (Urk. 9/46/2).

E. 4

4.1. In den vorhandenen medizinischen Beurteilungen wurden übereinstimmend zwei nach ICD-10 klassifizierte Diagnosen gestellt, nämlich - erstmals im September 2005 im Bericht der interdisziplinären Schmerzsprechstunde des USZ - eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und - erstmals im Juli 2004 im Bericht des behandelnden Psychiaters - eine mittelgradige depressive Episode (F32.1 beziehungsweise F32.11). Ferner wurden, teilweise in leicht unterschiedlicher Terminologie und Gewichtung, ein chronisches (cervicocephales, cervikospondylogenes, lumbovertebrales) Schmerzsyndrom und posttraumatische oder medikationsbedingte Kopfschmerzen genannt.

Aus den medizinischen Akten ergibt sich sodann übereinstimmend, dass die genannten gesundheitlichen Probleme im Gefolge der im Februar 2003 erlittenen Auffahrkollision aufgetreten sind, wobei gemäss der Einschätzung des rheumatologischen S. __-Teilgutachters im August 2006 die psychiatrischen Diagnosen im Vordergrund standen, was auch dadurch bestätigt wird, dass die im S. __-Gutachten attestierte Restarbeitsfähigkeit von 40 % sich mit der im psychiatrischen S. __-Teilgutachten attestierten deckt. In die gleiche Richtung weist die Beurteilung durch den psychiatrischen Teilgutachter, wonach es zu einer eigentlichen Fehlverarbeitung des Unfallerlebnisses und der darauffolgenden Beschwerden und Behandlungen, mit zunehmender Beschwerdeverstärkung, -ausweitung und Aggravation im Schmerzverhalten, gekommen sei.

4.2. Die Beschwerdegegnerin hat den Standpunkt vertreten, der Diagnose einer mittelgradigen Episode könne nicht zugestimmt werden. Darin kann ihr nicht gefolgt werden. Die Diagnose wurde von verschiedenen Beurteilern übereinstimmend gestellt und teilweise eingehend begründet. Es mag zutreffen, dass angesichts der Schwere der diagnostizierten depressiven Episode eine intensivere - nämlich stationäre psychiatrische - Behandlung hätte angezeigt sein können. Immerhin befand sich die Beschwerdeführerin mehrmals in stationärer Behandlung. Dass diese nicht in einer psychiatrischen Institution erfolgte, rechtfertigt jedoch nicht den Schluss, die gestellten Diagnosen seien unzutreffend.

Hinsichtlich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist die eine Frage, ob die entsprechende Diagnose als begründet und gesichert zu erachten ist; die andere Frage ist, ob eine daraus folgende Arbeitsunfähigkeit bei der IV-rechtlichen Leistungsprüfung relevant und deshalb zu berücksichtigen ist. Die erste Frage ist

fachmedizinisch zu beantworten, die zweite im Rahmen der Rechtsanwendung (durch die Beschwerdegegnerin und vorliegend durch das Gericht) als Rechtsfrage gemäss den von der Gerichtspraxis entwickelten Kriterien (vorstehend Erw. 1.3) zu entscheiden. Die Beschwerdegegnerin hat diese beiden Fragen nicht unterschieden, sondern postuliert, mangels Dauerhaftigkeit sei die somatoforme Schmerzstörung nicht IV-relevant. Dies ist weder damit vereinbar, dass die Diagnose mehrfach lege artis gestellt wurde, was sich auch in der korrekten ICD-10-Klassifizierung niedergeschlagen hat, noch damit, dass es keine nach eigener Untersuchung der Beschwerdeführerin erstattete Beurteilung gibt, in welcher diese Diagnose verworfen worden wäre. Ihr Ausschluss durch die Beschwerdegegnerin erweist sich deshalb als völlig unbegründet; dies als versicherungsmedizinischen Entscheid zu deklarieren, ersetzt die mangelnde Begründung nicht.

4.2 Insgesamt ergibt sich als medizinischer Sachverhalt, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall im Februar 2003 an einem (verschiedene Aspekte umfassenden) Schmerzsyndrom, an einer somatoformen Schmerzstörung und an einer mittelgradigen depressiven Episode leidet.

4.3 Zu prüfen ist somit, ob die durch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bewirkte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 60 % im Sinne der massgebenden Rechtsprechung als versicherungsrelevant zu erachten ist. Im Regelfall gilt die Willensanstrengung, die schmerzbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu überwinden, als zumutbar. Eine ausnahmsweise Unzumutbarkeit ist anzunehmen, wenn entweder eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer, oder - alternativ - bestimmte weitere Kriterien darauf schliessen lassen.

4.4 Hinsichtlich der allfälligen Komorbidität fragt es sich, ob die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode für sich allein bereits als ausreichend zu erachten ist, um auf eine ausnahmsweise Unzumutbarkeit der Schmerzbewältigung zu schliessen. Dies würde voraussetzen, dass sie von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist, und insbesondere, dass sie zusätzlich zur und unabhängig von der eigentlichen somatoformen Schmerzstörung besteht.

4.5 In Würdigung der auch diesbezüglich übereinstimmenden medizinischen Beurteilungen ist dies zu verneinen. Entscheidend erscheint insbesondere, dass sich die Schmerzstörung und die Depressivität nicht nur parallel zu einander herausgebildet haben, sondern dass wiederholt ihr Zusammenwirken und eine wechselseitige Verstärkung der beiden - in Kombination überdies mit einer ausgeprägten psychosozialen Belastungssituation - festgehalten wurde. Ins Gewicht fällt schliesslich auch der Hinweis des S. ___-Gutachters auf noch nicht ausgeschöpfte therapeutische Optionen im psychiatrischen Bereich (vorstehend Erw. 3.8). Dies alles lässt es der diagnostizierte depressiven Episode an der erforderlichen Eigenständigkeit und Intensität, welche auf die ausnahmsweise Unzumutbarkeit der Schmerzbewältigung schliessen liessen, fehlen (vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008 i.S. S., 8C_109/2008, Erw. 9.2.5 und vom 19. Juni 2008 i.S. Y., 8C_478/2007, Erw. 3.3.2).

4.5 Es bleibt zu prüfen, ob in Würdigung der alternativen Kriterien insgesamt auf die ausnahmsweise Unzumutbarkeit der Schmerzbewältigung zu schliessen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In somatischer Hinsicht dominiert ein verschiedene Aspekte umfassendes Schmerzsyndrom. Dabei handelt es sich gerade um die Schmerzproblematik, für welche es an hinlänglich objektivierbaren organischen Ursachen fehlt, deretwegen eine Schmerzstörung diagnostiziert wurde. Andere somatische Erkrankungen wurden nicht erhoben. Mithin entfallen sowohl der Aspekt chronischer körperlicher Begleiterkrankungen als auch ein diesbezüglich mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens gibt es keine ausreichenden Anhaltspunkte, zumal von regelmäßigen Arztbesuchen und einem guten Verhältnis zu den im gleichen Haushalt lebenden Schwiegereltern berichtet wurde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der erhebliche Stellenwert, der gemäss den auch in diesem Punkt übereinstimmenden Beurteilungen den mitwirkenden psychosozialen Belastungsfaktoren zukommt, weist darauf hin, dass nebst einem allfälligen primären auch ein sekundärer Krankheitsgewinn anzunehmen sein dürfte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der begutachtende Psychiater hat im Juni 2006 konkrete Therapieempfehlungen abgegeben und dabei insbesondere auf die Bedeutung einer genügenden Compliance (und deren Kontrolle) hingewiesen. Auch wenn berücksichtigt wird, dass verschiedene, auch stationäre Behandlungsversuche unternommen wurden, kann deshalb in diesem Zeitpunkt nicht ein Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person konstatiert werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Gesamtheit lassen die massgebenden Kriterien somit nicht darauf schliessen, eine Schmerzbewältigung sei ausnahmsweise unzumutbar.

4.6 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend führt dies zum Schluss, dass die der Beschwerdeführerin attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch in körperlich leichten Tätigkeiten als Folge der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus den dargelegten Gründen ausser Betracht bleiben muss.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit fehlt es an einer anspruchsbegründenden Invalidität und die angefochtene Verfügung erweist sich im Ergebnis als zutreffend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht 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. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Martin Hablitzel

- 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.