

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01564 vom 21. September 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01564

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01564 du 21 septembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01564 del 21 settembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a S. 414).

1.2. Berufliche Massnahmen bildeten nicht Gegenstand des Vorbescheids vom 3. Juli 2007 (Urk. 10/33) und der Verfügung vom 14. November 2007 (Urk. 2). Entsprechend fehlt es diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand, weshalb auf das Begehren der Beschwerdeführerin um Gewährung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urk. 1 S. 1) nicht einzutreten ist.

E. 2

2.1. Die Verwaltung hat die massgebenden Gesetzesbestimmungen über die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und die Bemessung der Invalidität aufgrund eines Einkommensvergleichs (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) zutreffend dargelegt (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

2.2. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des IVG vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des ATSG sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 14. November 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie

bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

2.3 $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ 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).

2.4 $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ 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).

2.5 $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 299 Erw. 5 unter Hinweis auf die Rechtsprechung präzisiert festgehalten hat, versichert Art. 4 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2003: in Verbindung mit Art. 8 ATSG) zu Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden, worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)rztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von soziokulturellen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

2.6 $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten

aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

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

E. 3

3.1 Mit Arztbericht vom 3. November 2004 (Urk. 10/14/15-17) des Stadtspitals C., wo die Beschwerdeführerin vom 11. bis 22. Oktober 2004 hospitalisiert war, diagnostizierten Dr. med. D., Assistenzarzt, und Dr. med. E., Oberarzt, unter anderem ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei einer paramedian rechtsseitigen, nach kaudal luxierten Diskushernie mit möglicher Irritation L5 rechts und Osteochondrose L4/5 (MRI vom 22.9.2004) sowie eine depressive Entwicklung (Urk. 10/14/15).

In ihrer Beurteilung hielten sie fest, die Anamnese, Untersuchung und Bildgebung passten zu einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom. Eine Fibromyalgie liege nicht vor. Es stehe aber die psychosoziale Belastungssituation mit Depression klar im Vordergrund. Die Beurteilung durch eine Psychologin habe eine langjährige Belastungssituation (alleinerziehend, alleinige Finanzierung der Kinder und Eltern in Serbien, Probleme mit dem Sohn, Trennung von der Tochter seit sechs Jahren, drei Aborte während den letzten zwei Jahren) mit Exazerbation der mehrjährigen Schmerzsymptomatik ergeben sowie eine depressive Entwicklung mit jüngsten nach dem letzten Abort mit einer aktuellen mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (Urk. 10/14/16-17).

Beim Austritt habe eine leichte Einschränkung beim Tragen und Heben von schweren Lasten bestanden (Urk. 10/14/15). Die Schmerzen während der Hospitalisation seien auch unter Belastung für die Aktivität nicht einschränkend gewesen, und die Assessments hätten eine gute Funktionalität ergeben. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 10/14/17).

3.2 Dr. F., Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, G., untersuchte die Beschwerdeführerin am 3. Februar 2005 und nannte in seinem Gutachten vom 7. Februar 2005 (Urk. 10/14/5-12) folgende Diagnosen (Urk. 10/14/10):

- Segmentsinstabilität L4/5 bei Osteochondrose und Retrolisthesis bei grosser caudalsequestrierter Diskushernie rechts
- Adipositas
- Verdacht auf Blaseninfektion
- Leichte Zervikalgie

Die Beschwerden im Bereich des Kreuzes und des rechten Beines seien durch die Diskushernie genügend erklärt. Allerdings sei anzunehmen, dass der Sequester im Laufe der Zeit spontan resorbiert werde und die Beschwerden, insbesondere

die Ausstrahlungen, innert einigen Monaten verschwinden sollten. Allerdings sei auch anzunehmen, dass die Rückenbeschwerden ohne adäquate Physiotherapie persistierten. Da es sich eindeutig um eine Instabilität handle, müsste eine Kräftigung der Bauch- und Rückenmuskulatur durchgeführt werden (Urk. 10/14/10, Urk. 10/14/11 Ziff. 3).

Die Beschwerdeführerin könne als Metzgereimitarbeiterin wieder zu 50 % eingesetzt werden, zu Beginn jedoch ohne Kundenkontakt. Bei adäquater Therapie sollte die Arbeitsfähigkeit mit der Zeit wieder voll erreicht werden (Urk. 10/14/10, Urk. 10/14/11 Ziff. 2). Für leichte Arbeiten bestehe eine 100%ige und für mittelschwere sowie schwere Arbeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/14/12 Ziff. 6).

3.3 PD Dr. med. H.____, Chefarzt Neurochirurgie/Wirbelsäulenchirurgie, I.____ Klinik, nannte in seinem Bericht vom 16. September 2005 (Urk. 10/11/8-9 = Urk. 10/20/28-29) folgende Diagnosen (Urk. 10/11/8):

- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierender Reizsymptomatik der rechten unteren Extremität, möglicherweise entsprechend L5
- Neu aufgetretene linksseitige ausstrahlende Reizsymptomatik
- Verdacht auf depressives Zustandsbild

Die kernspintomographischen Befunde der Untersuchung vom 14. April 2005 könnten zumindest einen Teil der Beschwerden erklären. Da die Beschwerdeführerin aus Angst weiterhin einen operativen Eingriff ablehne, sei die Behandlung aus chirurgischer Sicht bis auf weiteres abzuschliessen. Zur Beurteilung der psychosomatischen und psychosozialen Komponenten des Beschwerdebildes werde Prof. Dr. med. B. J.____, Leitender Arzt Schmerz-/Gut-achtenzentrum, I.____ Klinik, um eine Beurteilung gebeten (Urk. 10/11/8).

3.4 Prof. J.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. Oktober 2005 (Urk. 10/11/10-11 = Urk. 10/20/26-27 = Urk. 10/34/1-2 = Urk. 3/1) eine depressive mittelschwere Episode (ICD-10 F32.1) und hielt fest, es sei trotz adäquater Behandlung nicht an der depressiven Entwicklung zu zweifeln. Darüber hinaus bestehe eine komplexe Situation mit psychischen wie auch sozialen Problemen. Aus seiner Sicht sei diese komplexe Situation nicht zuletzt deshalb therapeutisch nicht veränderbar, weil keine Ressourcen für eine berufliche Umstellung vorhanden seien (Urk. 10/11/11).

3.5 Hausarzt Dr. med. K.____, Spezialarzt für Innere Medizin, bei welchem die Beschwerdeführerin seit 1999 in Behandlung steht, nannte in seinem Bericht vom 24. Oktober und 16. November 2005 (Urk. 10/11/1-7) folgende Diagnosen (Urk. 10/11/5):

- Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit
- Ischialgie bei linkskonvexer Skoliose der Wirbelsäule
- degenerativen Veränderungen L4/L5, L5/S1
- paramedianer rechtsseitiger gegen caudal subligamentär luxierte Diskushernie, welche deutlich den Duralsack imprimiert und auch Nervenwurzel L5 rechtsseitig intraspinal lingsstreckig behindert
- Zervikozephalales Syndrom

- Nacken-Armschmerzen bei
- Periarthropathie humeroscapularis
- Epicondylitis radialis
- Intermittierende Urininkontinenz sowie Harnverhalten seit Dezember 2004
- Angstbetonte Depression
- Status nach Bagatelltrauma 1999 mit
- zervikozephallem Schmerzsyndrom
- Lumbovertebralsyndrom
- Periarthropathie humeroscapularis
- Ausbreitung im Sinne eines halbseitig betonten Fibromyalgiesyndroms

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer bisherigen Tätigkeit seit 24. Juli 2004 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/11/6 lit. B), und der Gesundheitszustand verschlechtere sich (Urk. 10/11/6 lit. C Ziff. 1).

Die Beschwerdeführerin sollte keine Lasten von mehr als 10 kg heben oder tragen, keine Arbeiten über Kopfhöhe oder in Rotation sowie keine mittlere, schwere und grobmanuelle Arbeiten mit Werkzeugen ausführen. Ebenso wenig sollte sie knien und auf unebenem Gelände gehen. Beim Gleichgewicht und Balancieren, bei Arbeiten in Nässe, Kälte und Hitze sowie bei Staubexposition bestehe eine Einschränkung (Urk. 10/11/3). Die psychischen Funktionen seien mit Ausnahme der Anpassungsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 10/11/4).

In Anbetracht des Verlaufes sowie der Therapieresistenz und dass eine Operation der Beschwerdeführerin wahrscheinlich keine Linderung bringen werde, müsse sie weiterhin als zu 100 % arbeitsunfähig betrachtet werden; es sei weder die bisherige noch eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar (Urk. 10/11/4). Eine Umschulung sei aufgrund der fehlenden Ressourcen nicht möglich (Urk. 10/11/7 lit. D Ziff. 7).

Das im Auftrag der Beschwerdegegnerin von Dr. med. L. ____, FMH Orthopädische Chirurgie, Dr. med. M. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. N. ____, FMH Innere Medizin, erstellte Gutachten vom 18. Dezember 2006 (Urk. 10/20/1-24) basiert auf Untersuchungen vom 23. Oktober 2006 (Urk. 10/20/1). Im Gutachten wurden zuerst die beigezogenen Akten (Urk. 10/20/2-7) und die Anamnese (Urk. 10/20/7-9) wiedergegeben. Schliesslich wurden die spezialärztlichen Untersuchungen (Urk. 10/20/9-19) referiert.

Die beteiligten Ärzte nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/20/19 Ziff. 5.1):

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, aktuell ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.4)
- nach kaudal luxierte medio-rechtslaterale Diskushernie L4/5, MR-tomographisch mit Kontakt, jedoch ohne Kompression der Nervenwurzel L5 (ICD-10 M51.2)

- beginnende degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (ICD-10 M47.85/M51.3)

- Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Aussagen der Beschwerdeführerin handle es sich bei ihrer angestammten Tätigkeit als Charcuterieverkäuferin um eine intermittierend körperlich schwere Arbeit, insbesondere beim Auspacken der Ware, wenn oftmals höhere Gewichte zu tragen gewesen seien. Aus orthopädischer Sicht bestehe dafür aufgrund der Pathologie im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit, da körperlich hohe Belastungen zu einer Schmerzprovokation führen könnten, welche der Beschwerdeführerin nicht zugemutet werden sollte. Aus psychiatrischer Sicht bestehe für körperlich angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganzjähriger Präsenz mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und einer leichten Verlangsamung des Arbeitstempos. Die aus internistischer Sicht gestellten Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend bestehe in der angestammten Tätigkeit bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/20/20 Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus orthopädischer Sicht bestehe für leichte Tätigkeiten mit einer Hebe- und Tragelimit von 10 kg und ohne länger dauernde Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe für sämtliche körperlich angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, und aus internistischer Sicht beständen keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend bestehe für körperlich leichte Tätigkeiten mit einer Hebe- und Tragelimit von 10 kg und ohne länger dauernde Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganzjähriger Präsenz mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und einer leichten Verlangsamung des Arbeitstempos (Urk. 10/20/21 Ziff. 6.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit Juni 2004 bestehe, als die bereits vorbestehenden degenerativen Veränderungen der unteren Wirbelsäule derart symptomatisch geworden seien, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeit bleibend habe aufgeben müssen. Ab diesem Zeitpunkt sei ihr eine körperlich angepasste Tätigkeit allerdings vollumfänglich zuzumuten (Urk. 10/20/20 Ziff. 6.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da sich die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage sehe, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen, dürfte sie kaum die Motivation für Reintegrationsbemühungen aufbringen, so dass diese nicht empfohlen werden könnten (Urk. 10/20/22 Ziff. 6.9 und Urk. 10/20/24 Ziff. 7.8).

3.7 Ä Ä Ä Ä Dr. med. O. ____, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welcher die Beschwerdeführerin seit 12. April 2007 in Behandlung steht, nahm mit Schreiben vom 26. Juli 2007 (Urk. 10/38 = Urk. 3/2) Stellung zum Gutachten und hielt fest, die Psychotherapie habe bislang nicht gefruchtet, was auf das geringe Bildungsniveau, die fehlende Introspektionsfähigkeit sowie die einfache Persönlichkeitsstruktur mit geringer Sensibilität für psychosomatische Zusammenhänge zurückgeführt werden

kÄ¶nne. Weiter imponierten seit der frÄ¼hen Kindheit schwierige psychosoziale UmstÄ¼nde (schwere Kindheit, keine Ausbildung, drei schwierige Ehen, drogenabhÄ¼ngiger Sohn, in Serbien lebende 14jÄ¼hrige Tochter, belastende aktuelle eheliche VerhÄ¼ltnisse) sowie, bis zur kompletten psychophysischen Dekompensation, eine ausgeprÄ¼gt leistungsorientierte LebensfÄ¼hrung (Urk. 10/38/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Zustand der BeschwerdefÄ¼hrerin mÄ¼sse als weitgehend chronifiziert betrachtet werden und lasse sich therapeutisch nicht relevant verbessern (Urk. 10/38/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die BeschwerdefÄ¼hrerin sei aufgrund dieser Problematik und eines langjÄ¼hrigen Verlaufs in der freien Wirtschaft zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig. Jegliche Form der Belastung kÄ¶nne mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Zunahme der Beschwerden fÄ¼hren (Urk. 10/38/2).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä

4.1.1 Ä Ä Die BeschwerdefÄ¼hrerin rÄ¼gte, sie spreche wenig Deutsch und der Psychiater Dr. M.____ habe vor allem die Familienanamnese interessiert und sie aufgrund einer Untersuchung, welche nur 20 Minuten gedauert habe, begutachtet. Auf das ABI-Gutachten sei deshalb nicht abzustellen (Urk. 1 S. 2 f.).

4.1.2 Ä Ä Bei psychiatrischen AbklÄ¼rungen kommt der bestmÄ¼glichen VerstÄ¼ndigung zwischen Experte und versicherter Person besonderes Gewicht zu (Urteile des EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 2. Mai 2005, I 715/04, Erw. 3.1, M. vom 28. Februar 2005, I 380/04, Erw. 1.2 und L. vom 25. Juli 2003, I 642/01 Erw. 3.1). Dasselbe gilt freilich auch fÄ¼r die SpontaneitÄ¼t, den Tonfall und die nonverbalen Ä¼usserungen (z.B. Mimik), mit denen sich ein Explorand anÄ¼sslich einer psychiatrischen Untersuchung ausdrÄ¼ckt (Urteil des EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgerichts in Sachen G. vom 26. April 2006, I 28/2006, Erw. 3.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der BeschwerdefÄ¼hrerin wurde mit Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 23. Juni 2006 (Urk. 10/17) die vorgesehene Begutachtung angekÄ¼ndigt. Die seit Februar 1988, mithin im Zeitpunkt der Begutachtung mehr als 18 Jahre, in der Schweiz wohnhafte BeschwerdefÄ¼hrerin (Urk. 10/5/1) wies im Vorfeld der AbklÄ¼rungen nicht auf allfÄ¼llige VerstÄ¼ndigungsprobleme hin, die eines ihrer Muttersprache kundigen Spezialarztes beziehungsweise Ä¼bersetzers bedurft hÄ¼tten. Ausserdem war sie gemÄ¼ss eigenen Angaben in der Lage, wÄ¼hrend mehreren Jahren einer ErwerbstÄ¼tigkeit nachzugehen (Urk. 1 S. 2, Urk. 10/1/1-5, Urk. 10/4 Ziff. 6.3.1), weshalb unwahrscheinlich erscheint, dass sie Deutsch nicht versteht. Trotz allenfalls mangelhafter Deutschkenntnisse ist davon auszugehen, dass offenbar eine ausreichende VerstÄ¼ndigung mÄ¼glich war. So sind im Gutachten keine Hinweise auf sprachlich bedingte Kommunikationserschwerernisse zu finden. Vielmehr hielt Dr. M.____ fest, die BeschwerdefÄ¼hrerin verfÄ¼ge Ä¼ber ausreichende Deutschkenntnisse und ihre AusfÄ¼hrungen seien differenziert gewesen (Urk. 10/20/12 Ziff. 4.1.2). Ebenso wenig finden sich im Gutachten Anhaltspunkte, dass Dr. M.____ wegen VerstÄ¼ndigungsschwierigkeiten Fragen offen lassen musste oder hinsichtlich der Befunde sowie Schlussfolgerungen Unsicherheiten bestanden. Die BeschwerdefÄ¼hrerin legt denn auch mit der - erstmals in der Beschwerde vorgebrachten - Behauptung, sie spreche nur wenig Deutsch, nicht dar, inwiefern sie Dr. M.____ missverstanden haben soll. Demzufolge

fehlt es an einem stichhaltigen Grund, der die Beweiskraft des von Dr. M.____ erstatteten psychiatrischen Teilgutachtens zufolge sprachlicher Barrieren in Fragen stellen könnte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In diesem Zusammenhang ist zudem auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts hinzuweisen, wonach es grundsätzlich Sache des Versicherten ist, rechtzeitig einen Antrag bei der Verwaltung oder allenfalls beim Gericht zu stellen, die Durchführung medizinischer Abklärungen habe in seiner Muttersprache zu erfolgen (I 58/2006 Erw. 2.4 mit Hinweisen).

4.1.3Ä Ä Der Zeitaufwand für eine psychiatrische Untersuchung schwankt in weiten Grenzen, je nach Fragestellung und zu beurteilender Psychopathologie. Die Diagnose einer Demenz oder einer akuten schizophrenen Psychose ist bei deutlicher Ausprägung der Symptomatik häufig rasch möglich, während ein sehr hoher Zeitaufwand erforderlich sein kann, um den Verdacht auf eine Simulation einer psychischen Störung zu klären, eine schwierige Persönlichkeitspathologie zu erhellen oder problematische Zusammenhangsfragen zwischen traumatischen äusseren Ereignissen und nachfolgender psychischer Symptomatik zu erörtern. Daher lässt sich ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung nicht verbindlich angeben (Klaus Foerster/Peter Winckler, Forensich-psychiatrische Untersuchung, in: Venzlaff/Foerster, Hrsg., Psychiatrische Begutachtung, München 2004, 4. Aufl., S. 18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die anlässlich der Exploration der Beschwerdeführerin durch Dr. M.____ erhobenen Befunde lassen den Schluss zu, dass weder eine posttraumatische Belastungsstörung noch schwere depressive Verstimmungen vorlagen. Bei dieser Ausgangslage liess sich die psychiatrische Begutachtung durch Dr. M.____ im Umfang der behaupteten 20 Minuten verantworten.

4.1.4Ä Ä Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2) ist die unter dem Titel «Persönliche Anamnese» durch Dr. M.____ erstellte Anamnese nicht umfassender ausgefallen als die Erhebung der aktuellen Beschwerden und psychopathologischen Befunde. Vielmehr sind die wichtigsten Lebensdaten, Informationen über die Herkunftsfamilie und die Eltern, über den schulischen und beruflichen Werdegang sowie die soziale Entwicklung dargestellt. Dr. M.____ konnte überdies nicht auf medizinische Unterlagen zurückgreifen, denen eine sorgfältig erfasste persönliche Anamnese hätte entnommen werden können. Somit ist das Gutachten auch in dieser Hinsicht klar und nachvollziehbar.

4.1.5Ä Ä Nach dem Gesagten erweist sich das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten vom 18. Dezember 2006 (Urk. 10/20/1-24) nicht als mangelhaft. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden.

4.2Ä Ä Ä Aufgrund der medizinischen Akten, insbesondere des Gutachtens vom 18. Dezember 2006 (Urk. 10/20/1-24), steht fest, dass die Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht an einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom leidet, welches sie in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die Befunde sind allerdings nicht derart schwerer Natur, dass sie die Beschwerdeführerin nach gutachterlicher Auffassung in ihrer Arbeitsfähigkeit in einer Weise beeinträchtigen, dass, obwohl sie in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Charcuterieverkäuferin zu 100 % arbeitsunfähig sei, eine weitere Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit im Umfang von 100 %

unzumutbar wäre.

Die ärztliche Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit hat zum einen das in funktioneller Hinsicht zumutbare Leistungsprofil zu umschreiben und zum anderen allfälligen zeitlichen oder sonstigen Limitierungen innerhalb der betreffenden, leidensangepassten Tätigkeit Rechnung zu tragen. Dies geschieht im Gutachten in nachvollziehbarer und einleuchtender Weise, indem das unter Berücksichtigung sämtlicher Leiden aus medizinisch-theoretischer Sicht zumutbare Tätigkeitsfeld präzise umschrieben wird (Erw. 3.6 hievon) und die nur beschränkte Belastbarkeit der Beschwerdeführerin die Gutachter zur Anerkennung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit führt. Dagegen entbehrt die von Dr. K. in seinem Bericht vom 24. Oktober und 16. November 2005 (Urk. 10/11/1-7) attestierte volle Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch einer behinderungsangepassten Tätigkeit einer überzeugenden Begründung.

Es fällt auf, dass Dr. L. eine erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Beschwerdeschilderungen und den objektivierbaren Befunden sowie den Schmerzäußerungen anlässlich der orthopädischen Untersuchung feststellte. So berichtete er in seiner orthopädischen Beurteilung von inkonsistenten Befunden. Zum einen habe sich bei der Prüfung der Wirbelsäule ein Finger-Boden-Abstand von 19 cm gezeigt, hingegen hätten beim Langsitz die Fingerspitzen bei gestreckten Knien ohne Schmerzangabe bis fast zu den Zehen geführt werden können, was einem Finger-Boden-Abstand von weniger als 0 cm entspreche und auf eine Selbstlimitation der Beschwerdeführerin hinweise. Zum anderen seien bei der ausgedehnten Palpation höchstens geringgradige Schmerzangaben geäußert worden. Außerdem habe die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung der unteren Extremitäten intermittierend muskulär deutlich dagegen gespannt, doch sei nach vollständiger Relaxation ein unauffälliger und weitestgehend schmerzfreier Untersuchungsgang ohne Hinweise auf eine Alteration der peripheren Gelenke gelungen (Urk. 10/20/17 Ziff. 4.2.4). Vor diesem Hintergrund und angesichts dessen, dass sich insbesondere auch auf neurologischer Ebene, trotz der MR-tomographisch dargestellten Diskushernie, keine Hinweise für das Vorliegen einer akuten Problematik im Bereich des peripheren Nervensystems zeigten, konnte Dr. L. eine spinale Kompressionsproblematik wie auch eine Läsion eines grösseren peripheren Nervs mit einer nachvollziehbaren und schlüssigen Begründung ausschliessen (Urk. 10/20/17 Ziff. 4.2.4).

Von dieser Beurteilung weichen weder Dr. D. und Dr. E. noch Dr. F. in ihren Berichten vom 3. November 2004 und 7. Februar 2005 (Urk. 10/14/15-17, Urk. 10/14/5-12) ab. Gestützt auf dasselbe MRI vom 22. September 2004 zeigte sich Dr. D. und Dr. E. zwar eine paramedian rechtsseitige, nach kaudal luxierte Diskushernie mit möglicher Irritation L5 rechts; Hinweise dahin gehend, dass tatsächlich eine spinale Kompressionsproblematik oder eine Läsion eines grösseren peripheren Nervs vorliegt, lassen sich den von ihnen erhobenen Befunden jedoch nicht entnehmen. Gemäss Dr. F. handelte es sich zudem eindeutig um eine segmentale Instabilität im lumbalen Bereich, die eine Kräftigung der Bauch- und Rückenmuskulatur notwendig mache, was ebenfalls gegen das Vorliegen einer Problematik des Nervensystems spricht. Anhand der kernspintomographischen Befunde vom 14. April 2005 konnte sich Dr. H. in seinem Bericht vom 16. September 2005 (Urk. 10/11/8-9) zumindest einen Teil der Beschwerden erklären; zum Vorliegen einer

die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden allfälligen Problematik im Bereich des peripheren Nervensystems äusserte er sich aber nicht.

Angesichts dessen, dass die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin sehr diffus waren und eine spinale Kompressionsproblematik wie auch eine Läsion eines grösseren peripheren Nervs ausgeschlossen werden kann, liegt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit durchaus im Bereich des Möglichen, zumal laut Dr. L.____ bei körperlich leichten Tätigkeiten mit einer Hebe- und Tragelimiten von 10 kg und ohne länger dauernde Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule nicht von einer wesentlichen Schmerzprovokation auszugehen sei (Urk. 10/20/18 Ziff. 4.2.5). Dies umso mehr, als auch Dr. K.____, welcher der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen als auch einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, das Heben und Tragen von leichten Lasten bis 9 kg als zumutbar erachtete, länger dauerndes Sitzen und Stehen hingegen nur selten. Vor diesem Hintergrund überzeugt die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. L.____, die überdies mit jener von Dr. D.____ und Dr. E.____ sowie Dr. F.____ übereinstimmt.

Daran vermag auch die Beurteilung durch Dr. K.____ nichts zu ändern, beruht doch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lediglich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, mithin deren eigenen Selbsteinschätzung. Ausserdem lassen seine erhobenen Befunde nicht zwingend auf die von ihm diagnostizierte Problematik im Bereich des peripheren Nervensystems schliessen. Mangels schlüssiger und nachvollziehbarer Begründung eignen sich diese Angaben daher nicht für eine objektivierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, und auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Dr. K.____ die vertrauensärztliche Stellung eines Hausarztes zukommt, ist sein Arztbericht entsprechend zurückhaltend zu wärdigen (vgl. vorstehend Erw. 2.6).

Vor diesem Hintergrund vermag die vom Gutachten abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. K.____ nicht zu überzeugen, weshalb sein Bericht nicht geeignet ist, die Schlüssigkeit des Gutachtens in orthopädischer Hinsicht in Frage zu stellen. Aus orthopädischer Sicht sind der Beschwerdeführerin somit nur körperlich leichte Tätigkeiten mit einer Hebe- und Tragelimiten von 10 kg und ohne länger dauernde Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule im Umfang von 100 % zuzumuten.

4.3 Die Beschwerdeführerin machte gestützt auf die Berichte von Dr. J.____ vom 20. Oktober 2005 (Urk. 10/11/10-11) und Dr. O.____ vom 26. Juli 2007 (Urk. 10/38) geltend, es sei von einer 50%igen beziehungsweise 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 3).

Während die Beschwerdeführerin laut Gutachten vom 18. Dezember 2006 (Urk. 10/20/1-24) aus psychiatrischer Sicht für sämtliche körperlich angepassten Tätigkeiten zu 80 % arbeitsfähig sei, ging Dr. O.____ in ihrem Bericht vom 26. Juli 2007 (Urk. 10/38) davon aus, dass die Beschwerdeführerin in der freien Wirtschaft zu 100 % arbeitsunfähig sei.

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. O.____ vermag indessen nicht zu überzeugen. Die aus Serbien stammende Beschwerdeführerin ist Mutter von zwei Kindern aus erster und zweiter Ehe (geboren 1982 und 1993; Urk. 10/2,

Urk. 10/4 Ziff. 3.1, Urk. 10/5/3). Sie reiste 1988 in die Schweiz ein und heiratete 2001 einen Landsmann (Urk. 10/5/4), nachdem sie mit Urteil und Beschluss des Bezirksgerichts P.____ vom 6. November 1998 (Urk. 10/3) zum zweiten Mal geschieden worden war. Aktenkundig zeigte sie eine langjährige Belastungssituation. So berichteten bereits Dr. D.____ und Dr. E.____ in ihrem Bericht vom 3. November 2004 (Urk. 10/14/15-17), dass die Beschwerdeführerin alleinerziehend sei, alleine für die Finanzierung ihrer Kinder und Eltern in Serbien aufkomme, Probleme mit ihrem Sohn habe, seit sechs Jahren von ihrer Tochter getrennt sei und in den letzten zwei Jahren drei Aborte habe verarbeiten müssen. Dies habe zu einer Exazerbation der mehrjährigen Schmerzsymptomatik und einer depressiven Entwicklung mit Ängsten nach dem letzten Abort im Juni 2004 mit aktueller mittelgradiger depressiver Episode mit somatischem Syndrom geführt. Denselben Zeitraum betrifft die psychiatrische Beurteilung durch Dr. M.____, wonach die psychosozialen Belastungen, die seit der Arbeitsniederlegung aufgetreten seien, insbesondere der Verlust des Arbeitsplatzes, der zunehmende Verlust des Ansehens in der Familie, die heftigen verbalen Auseinandersetzungen mit ihrem Ehemann wie auch der zunehmende Rückzug ihrer Kolleginnen, zu leichten bis mittelgradigen depressiven Verstimmungen geführt hätten (Urk. 10/20/12-13). Es fühlt auf, dass nebst Dr. D.____ und Dr. E.____ auch Dr. M.____ als Grund für das Unvermögen der Beschwerdeführerin, neben Haushalt und Betreuung von Ehemann einer vollzeitlichen körperlich angepassten Tätigkeit nachgehen zu können, eine Reihe persönlicher und familiärer Umstände auswies. Ähnlich äusserten sich überdies Dr. O.____ wie auch Dr. J.____ in seinem Bericht vom 20. Oktober 2005 (Urk. 10/11/10-11), indem sie ebenfalls darüber berichteten, wie unter anderem die drei schwierigen Ehen, der drogenabhängige Sohn, die in Serbien lebende 14j hrige Tochter, die belastenden aktuellen ehelichen Verhältnisse, die Existenzprobleme und die Erwartungen seitens der in Serbien lebenden Eltern zu einer depressiven Entwicklung geführt hätten (Urk. 10/11/10).

         In diesem Lichte gesehen wurden die depressiven Störungen zweifellos durch psychosoziale Probleme ausgelöst, und nur eine ausgeprägte psychische Störung von Krankheitswert könnte eine Invalidität begründen. Eine solche liegt aber nicht vor. Vielmehr war die Beschwerdeführerin offenbar trotz der langjährigen Belastungssituation in der Lage, bis im Juni 2004 regelmässig zu arbeiten. Ein weiterer Hinweis dafür, dass die depressive Episode nicht derart schwer war, liegt in der nicht ordnungsgemässen Einnahme des verordneten Antidepressivums (Urk. 10/20/10, Urk. 10/20/14 Ziff. 4.1.8). Vor diesem Hintergrund ist mit dem Gutachten von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0/32.1) auszugehen.

         Mangels eines klinischen Beschwerdebildes, das nicht einzig in Beeinträchtigungen besteht, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde umfasst, so zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren Leidenszustand, ist in Abweichung des Gutachtens von einer aus psychiatrischer Sicht 100%igen Arbeitsfähigkeit für körperlich angepasste Tätigkeiten auszugehen. Dies umso mehr als dem Gutachten keine Angaben zu entnehmen sind, dass die depressive Störung therapieresistent und chronifiziert sei. Vielmehr sollte die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung fortgesetzt und intensiviert werden.

Ausserdem könnte ein sedierendes Antidepressivum zu einer Verbesserung des Schlafes, zur Stimmungsaufhellung und einer gewissen Schmerzdistanzierung führen (Urk. 10/20/14 Ziff. 4.1.8). Die in den medizinisch-psychiatrischen Berichten genannten Diagnosen stellen somit aus rechtlicher Sicht keinen hinreichenden Grund dafür dar, dass die psychischen Ressourcen es der Beschwerdeführerin nicht erlaubten, trotz ihrer Beschwerden eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Folglich besteht das Beschwerdebild vorwiegend in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden persönlichen und familiären Faktoren herrühren, weshalb in Anlehnung an die bundesgerichtliche Rechtsprechung davon auszugehen ist, dass kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

4.4 Ä Ä Ä Ä Nach Abschluss des Schriftenwechsels unaufgefordert eingereichte Stellungnahmen einer Partei sind aus dem Recht zu weisen; demgegenüber sind nach Abschluss des Schriftenwechsels eingereichte Beweismittel, namentlich Gutachten, insoweit zu berücksichtigen, als diese etwas zur Feststellung des rechtlich massgebenden Sachverhalts beizutragen vermögen (RKUV 1985 Nr. K 646 S. 239 Erw. 3b = ZAK 1986 S. 190 Erw. 3b; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 194).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Anlehnung an diese bundesgerichtliche Rechtsprechung sind die von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte von Dr. O. ___ und Dr. K. ___ vom 25. Mai und 12. Juni 2009 (Urk. 13, Urk. 15) vorliegend nicht zu berücksichtigen.

4.5 Ä Ä Ä Ä Die dargelegte Würdigung der ärztlichen Beurteilungen führt zusammenfassend zur Sachverhaltsfeststellung, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht für körperlich leichte Tätigkeiten mit einer Hebe- und Tragelimit von 10 kg und ohne länger dauernde Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule 100 % beträgt. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden hingegen liegt nicht vor.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Zu prägen bleibt, wie sich die seit Juni 2004 bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

5.2 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Berechnung des Valideneinkommens auf den IK-Auszug, wonach die Beschwerdeführerin im Jahr 2003 Fr. 51'192.-- verdient hat (Urk. 10/7/1; Urk. 10/31). Unter Berücksichtigung der nominalen Lohnentwicklung für das Jahr 2004 von 0.9 % und für das Jahr 2005 von 1,0 % (Die Volkswirtschaft, 7/8-2009 S. 91 Tabelle B 10.2) ergibt dies ein Valideneinkommen für das Jahr 2005 von Fr. 52'169.-- (Fr. 51'192.-- x 1,009 x 1,01).

5.3 Ä Ä Ä Ä Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes 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 bis 1998 betriebliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7, seit 2004 von 41,6 und seit 2006 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 3-2009 S. 98 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).

Die Beschwerdegegnerin stellte im Rahmen der Invaliditätsbemessung zu Recht auf die Tabellenreihe der LSE ab (Urk. 10/31), erzielt doch die Beschwerdeführerin zur Zeit weder als Betriebsmitarbeiterin noch aus einer anderen ihr zumutbaren Tätigkeit ein Erwerbseinkommen.

Das im Jahr 2004 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 3'893.-- (LSE 2004 S. 53 Tabelle TA1, Total, Niveau 4), mithin Fr. 46'716.-- im Jahr (Fr. 3'893.-- x 12). Der durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden angepasst (Die Volkswirtschaft, 7/8-2009 S. 90, Tabelle B9.2), ergibt das den Betrag von Fr. 48'585.-- (Fr. 46'716.-- : 40 x 41,6). Unter Berücksichtigung der nominalen Lohnentwicklung für das Jahr 2005 von 1 % (Die Volkswirtschaft 7/8-2009, S. 91 Tabelle B10.2) ergibt dies bei einem zumutbaren Beschäftigungsgrad von 100 % ein hypothetisches Invalideneinkommen für das Jahr 2005 von Fr. 49'071.-- (Fr. 48'585.-- x 1,01).

5.4 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).

Vorliegend kann die leidensbedingte Einschränkung zu Lohnnachteilen führen, da die Beschwerdeführerin gemäss Gutachten vom 18.

Dezember 2006 (Urk. 10/20/1-24) nur für körperlich leichte Tätigkeiten mit einer Hebe- und Tragelimiten von 10 kg und ohne länger dauernde Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule eingesetzt werden kann, so dass sie auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem Mitbewerber ohne physische Einschränkungen benachteiligt ist, was sich auf das Lohnniveau auswirkt (BGE 126 V 82 Erw. 7b). Diesen Lohnnachteilen wird mit einem Abzug von 10 % vom Tabellenlohn angemessen Rechnung getragen. Es resultiert somit bei Vollzeitbeschäftigung nach Abzug von 10 % des Tabellenlohnes ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 44'164.-- (Fr. 49'071.-- x 0,9).

5.5 Der Vergleich des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 52'169.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 44'164.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 8'005.--, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 15 % entspricht.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verurteilung der Beschwerdeführerin, mithin die Abweisung des Rentenbegehrens, im Ergebnis als rechts, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Verfahren für die unterliegende Beschwerdeführerin kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage je einer Kopie von Urk. 12-15

- 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

Vertreter 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.