

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00135 vom 17. September 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00135

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00135 du 17 septembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00135 del 17 settembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beurteilung sind jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, 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). Der Rentenanspruch für die Zeit bis am 31. Dezember 2007 ist damit aufgrund der bisherigen und nicht nach den neuen, mit der 5. IV-Revision geänderten Normen zu prüfen.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; 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).

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).

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

1.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

1.6 Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, medizinisch sei keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Somit könne keine sichere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin angenommen werden. Aufgrund der Einsprache vom 7. September 2007 (vgl. Urk. 9/26) hätte sie die vorgeschlagenen Abklärungen vorgenommen. Neurologisch werde seitens der Blasenfunktion eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Auch gemäss dem Bericht der Klinik E. ____, Orthopädie, vom 18. Oktober 2007 sei keine Arbeitsunfähigkeit bekannt. Da auch hier

wiederum Ärztlicherseits keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, wie es auch aus den Gesamtkten hervorgehe, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 22. April 2008 führte die IV-Stelle ergänzend an, Dr. D.____ führe nicht weiter aus, wieso weder die angestammte noch eine angepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar sei. In seinem Bericht fehle hierfür jegliche Begründung (Urk. 8).

Hiergegen liess die Beschwerdeführerin vorbringen, sie leide heute vor allem an einem fortgeschrittenen schmerzhaften LWS-Syndrom mit Funktionseinschränkung bei Spondylolythese L3/4 und Status nach Laminektomie und Discektomie L4/5, einem zervikalen Syndrom sowie an einer kombinierten Stuhl- und Urininkontinenz. In der aktuellsten Beurteilung von Dr. D.____ vom 27. Januar 2008 werde ihre Arbeitsunfähigkeit als KassiererIn auf 100 % und für leichte körperliche Tätigkeiten auf 70 % beurteilt. Dieser Bericht sei in die Beurteilung mit ein zu beziehen. Die Berichte der Uniklinik E.____ seien jeweils nur auf die eigene medizinische Disziplin beschränkt. Vor diesem Hintergrund erscheine die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung angezeigt (Urk. 1). Mit Replik vom 30. Juni 2008 liess die Beschwerdeführerin ergänzend vorbringen, die BeschwerdegegnerIn beständige das Vorliegen widersprüchlicher Arztberichte. Es sei ihr gutes Recht, sich anderweitig abklären zu lassen beziehungsweise eine zweite Meinung einzuholen. Ihr damit bereits vorzuwerfen sei reine Polemik. Selbst die F.____ Klinik sei gemäss Bericht vom 21. Februar 2007 aufgrund der unterschiedlichen ärztlichen Beurteilungen der Auffassung, dass eine polydisziplinäre Begutachtung unter Mitwirkung von Fachpersonen der Rheumatologie und Psychiatrie notwendig sei. Zusammenfassend ergebe sich, dass die medizinischen Einschätzungen derart unterschiedlich ausgefallen seien, dass angesichts des multiplen Beschwerdebildes eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig erscheine (Urk. 13).

Streitig und zu prägen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten eine genügende Grundlage zur Entscheidungsfindung darstellen.

E. 3.1

Dem Entlassungsbrief des G.____ Zentrum in H.____, Klinik für Neurochirurgie, betreffend die Behandlung vom 26. Juli 2005 bis 4. August 2005 ist folgender neurologischer Status zu entnehmen: Lasagne positiv beiderseitig auf etwa 30°, Hypästhesie 15 beiderseitig der Sitzregion, Hyperalgie, dorsale Flexion der linken Fusssohle reduziert, Gang auf Ferse und Zehe nicht möglich. Am 29. Juli 2005 sei folgende Operation durchgeführt worden: Laminektomie L4, Microdiscectomie L4/L5, Deliberatio radialis L5, Haemostasis, Drainage und Suturae textum (Urk. 9/2/1-2).

Der Bericht der F.____ Klinik, Neurologie, vom 21. Februar 2007, der auf einer Konsultation der Beschwerdeführerin vom 26. Januar 2007 und dem diesbezüglichen Bericht vom gleichen Tag (Urk. 9/14/5) beruht, erhebt keine neurologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach Diskushernie L4/5, Operation im Juli 2005 in Bosnien und eine funktionelle Gangstörung ohne sichere klinische oder elektrophysiologische Defizite diagnostiziert (Urk. 9/13/3). Es zeige sich ein grotesk anmutendes Gangbild. Die Beschwerdeführerin laufe schräg mit Linksdrall dann wieder mit Rechtsdrall. Auf Aufforderung könne ein annähernd gerades Gangbild erreicht werden. Unter Ablenkung zeige sich ebenfalls ein

normales Gangbild. In der Muskeleinzelkraftprüfung werde willentlich die Muskulatur nicht angespannt. Der Lasègue-Test sei beidseits negativ ausgefallen. Im klinisch/neurologischen Befund lasse sich kein sicheres fokales Defizit nachweisen. Bei der Sensibilitätsprüfung würden keine reproduzierbaren Angaben gemacht. Bei Pareseprüfung arbeite die Beschwerdeführerin willentlich nicht mit (Urk. 9/13/4). Zusammenfassend liessen sich sowohl klinisch als auch elektrophysiologisch keine pathologischen Befunde erheben. Aus streng neurologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig, jedoch scheine eine rheumatologische beziehungsweise psychiatrische Mitbeurteilung angezeigt (Urk. 9/13/ 5).

3.3. Dem Bericht des behandelnden Hausarztes, Dr. med. I. ____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Manuelle Medizin SAMM, vom 15. März 2007 an die IV-Stelle kann als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach Diskushernie L4/5 mit Operation im Juli 2005 in Bosnien und als aktuelles Problem eine funktionelle Gangstörung ohne neurologische und/oder elektrophysiologische Defizite entnommen werden. Es seien eine konkret psychiatrische Beurteilung und fachrheumatologische Beurteilungen angezeigt. Aus seiner Sicht bestehe keinerlei medizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit unter obigen Diagnosen. Seine Angaben stützten sich auf die Behandlung ab 11. Dezember 2006. Die Beschwerdeführerin sei damals zum ersten Mal zu ihm gekommen mit dem klaren Ansinnen, sie wolle eine Invalidenrente, nachdem in Bosnien im Jahr 2005 eine Diskushernie operiert worden und das Ergebnis nicht gut sei. Die Beschwerdeführerin zeige ein groteskes Hinken (Urk. 9/14/3). Auf Nachfrage der IV-Stelle führte Dr. I. __ am 6. Juni 2007 ergänzend aus, bezüglich der geklagten Beschwerden habe er die Beschwerdeführerin seit dem Bericht an die IV-Stelle vom 15. März 2007 nicht mehr gesehen. Demzufolge sei keine Änderung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingetreten. Am 20. März 2007 sei eine Notfallkonsultation wegen einer Hyperventilationsattacke erfolgt, der Grund sei unklar. Es sei keine psychiatrische Abklärung erfolgt, da eine solche zurzeit nicht indiziert sei (Urk. 9/16/7).

3.4. Am 21. Juni 2007 informierte die F. __ Klinik, Neurologie, die IV-Stelle darüber, dass seit ihrem letzten Bericht vom 21. Februar 2007 keine weiteren Abklärungen bei der Beschwerdeführerin vorgenommen worden seien (Urk. 9/ 17-18).

3.5. Dr. C. __ bestätigte mit ärztlichen Zeugnis vom 16. Oktober 2007, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 17. September 2007 in seiner fortlaufenden fachärztlichen Behandlung befinde. Letztere beinhalte eine supportive Einzelpsychotherapie in der bosnischen Muttersprache der Beschwerdeführerin sowie eine Behandlung mit Psychopharmaka. Als flankierende Massnahme sei zudem eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie etabliert worden. Bezüglich Arbeitsfähigkeit kreuzte er das Kästchen Nein an (Urk. 9/29).

3.6. Dem Bericht der Klinik E. __, Orthopädie, an die IV-Stelle vom 18. Oktober 2007, basierend auf einer Behandlung vom 10. bis 21. August 2007 und den entsprechenden Berichten an Dr. med. J. __, FMH Allgemeine Medizin, vom 14. August 2007 (Urk. 9/25/2-3) und vom 21. August 2007 (Urk. 9/25/4), sind die Diagnosen eines lumbospondylogenen und eines cervicospondylogenen Syndroms, einer Urge-Inkontinenz und eines Status nach Laminektomie L4/5 zu entnehmen. Im Rahmen der Sprechstunde könne aufgrund der vorliegenden Befunde eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen werden. Die Prognose sei ungewiss. Es sei keine Arbeitsunfähigkeit bekannt (Urk. 9/28/7).

3.7. Der Bericht der Klinik E. ____, Paraplegikerzentrum, vom 7. Dezember 2007 an die IV-Stelle, basiert auf drei früheren Berichten, und zwar auf einem Bericht vom 20. August 2007 aufgrund einer gleichentags vorgenommenen neurophysiologischen Untersuchung (Urk. 9/31/13), einem Bericht vom 13. September 2007 bezüglich eines CMG vom 12. September 2007 (Urk. 9/31/8-10) und einem Bericht vom 24. Oktober 2007 betreffend einer Uroflowmetrie vom 23. Oktober 2007 (Urk. 9/31/11-12). Diesen Berichten sind einheitlich folgende Diagnosen zu entnehmen: Lumbospondylogenes Syndrom bei Spondylolisthese L3/4 mit Spondylarthrose, Status nach Microdiskektomie L4/5 in H. ____ 2005, cervicospondylogenes Syndrom und unklare Inkontinenz (Bericht vom 7. Dezember 2007 [Urk. 9/31/7]; Bericht vom 13. September 2007 [Urk. 9/31/8]; Bericht vom 24. Oktober 2007 [Urk. 9/31/11]). Im Bericht vom 7. Dezember 2007 wird nun zusammenfassend ausgeführt, die Befunde würden weder urologisch noch neurologisch ein Korrelat für den von der Beschwerdeführerin beschriebenen vermehrten Harndrang zeigen. Unter Emselex 15 Milligramm habe sich eine deutliche Verbesserung der Blasenfunktionsstörung gezeigt, so dass die Therapie als abgeschlossen angesehen werden könne. Da die Beschwerdeführerin nur neurologisch abgeklärt worden sei, könne zu den anderen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine Stellung genommen werden. Vonseiten der Blase sei die Versicherte als 100 % arbeitsfähig anzusehen (Urk. 9/31/7).

3.8. Dr. D. ____ diagnostizierte am 27. Januar 2008 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin ein fortgeschrittenes schmerzhaftes LWS-Syndrom mit Funktionseinschränkung bei Spondylolisthese L3/4, Status nach Laminektomie und Diskektomie L4/5 im Juli 2005 in H. ____, ein zervikales Syndrom, eine kombinierte Stuhl- und Urininkontinenz, Adipositas, eine Polyarthrose in den Händen, einen Status nach Handgelenkfraktur 1993 und Narbenbeschwerden und eine Minderbelastbarkeit der Bauchdecke nach Sectio Cesarea (Urk. 3 S. 1). Eine typische Kassiererinnen-Tätigkeit sei nicht zumutbar, leichte körperliche Tätigkeiten seien vollschichtig nicht leidensgerecht. Hierbei schätze er die Arbeitsfähigkeit auf 30 % (Urk. 3 S. 3).

E. 4

4.1. Aus den zitierten medizinischen Akten geht in überwiegender Übereinstimmung hervor, dass die Beschwerdeführerin an einem LWS-Syndrom mit Funktionseinschränkung bei Spondylolisthese L3/4, an einem Status nach Laminektomie und Diskektomie L4/5 im Juli 2005 in H. ____, an einem zervikalen Syndrom und an einer Inkontinenz leidet (Urk. 9/28/7; Urk. 9/31; Urk. 3 S. 1). Diese Diagnosen sind denn auch zwischen den Parteien grundsätzlich nicht umstritten (Urk. 1; Urk. 2). Uneinigkeit hingegen herrscht insbesondere bezüglich der Frage, ob die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch ihre gesundheitlichen Beschwerden beeinträchtigt ist und in diesem Zusammenhang, ob die vorliegenden medizinischen Akten eine diesbezügliche Beurteilung gestatten.

4.2. Der Bericht von Dr. D. ____ vom 27. Januar 2008 (Urk. 3) ist erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht worden. Er wurde also nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Dezember 2007 (Urk. 2) verfasst und war der Beschwerdegegnerin somit bei Verfügungserlass nicht bekannt. Da sich die Feststellungen im genannten Schreiben auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor Erlass der Verfügung vom 19. Dezember 2007 (Urk. 2) beziehen, ist er indessen grundsätzlich zu beachten. Die Beschwerdegegnerin hat denn

auch im Rahmen des Beschwerdeverfahrens dazu Stellung genommen (Beschwerdeantwort vom 22. April 2008; Urk. 8).

4.3. Nach Würdigung der bei den Akten liegenden medizinischen Berichte erhellt, dass diese keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zulassen. Im Bericht der F. Klinik, Neurologie, vom 21. Februar 2007 wird aus neurologischer Sicht zwar keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, es wird jedoch die Notwendigkeit einer rheumatologischen beziehungsweise psychiatrischen Mitbeurteilung betont (Urk. 9/13/5), womit dieser Bericht bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine Vollständigkeit beansprucht. Da der behandelnde Hausarzt Dr. I. derselben Ansicht ist, indem er in seinem Bericht vom 15. März 2007 ausführte, aus seiner Sicht bestehe keinerlei medizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit unter den gestellten Diagnosen (vgl. oben Erw. 3.3), es seien jedoch eine konkret psychiatrische und eine fachrheumatologische Beurteilung angezeigt (Urk. 9/14/3), kann auch auf dessen Bericht nicht abgestellt werden. Der psychiatrische Facharzt Dr. C. bestatigte aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ohne jedoch eine Diagnose zu stellen (Urk. 9/29), was jedoch unabdinglich ist für die Beantwortung der Frage, ob ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliegt und ob dieses Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (AHI 2000 S. 159 Erw. 4b). Dem Bericht der Klinik E., Orthopädie, vom 18. Oktober 2007 kann zwar entnommen werden, dass im Rahmen der Sprechstunde aufgrund der vorliegenden Befunde eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen werden könne und keine Arbeitsunfähigkeit bekannt sei (Urk. 9/28/7), daraus kann jedoch noch kein Schluss gezogen werden. Es handelt sich dabei nicht einmal um eine eigene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, eine solche hatten die verantwortlichen Ärzte nicht vorgenommen (vgl. Urk. 9/28/5 und 8, Ziff. 6.1). Dem Bericht der Klinik E., Paraplegikerzentrum, vom 7. Dezember 2007 kann bezüglich Arbeitsfähigkeit lediglich entnommen werden, dass eine solche vonseiten der Blase nicht resultiere (Urk. 9/31/7), womit auch dieser Bericht keine Vollständigkeit bezüglich seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung beansprucht. Dr. D. schliesslich führte in seinem Bericht vom 27. Januar 2008 aus, eine typische Kassiererinnen-Tätigkeit sei nicht zumutbar. Leichte körperliche Tätigkeiten seien vollschichtig nicht leidensgerecht, wobei er die Arbeitsfähigkeit hierbei auf 30 % schätze (Urk. 3 S. 3). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D. ist nicht genügend begründet respektive nachvollziehbar, als dass alleine darauf abgestellt werden könnte (vgl. oben Erw. 1.5).

4.4. Die Beschwerdegegnerin macht in der Beschwerdeantwort vom 22. April 2008 geltend, unabhängig von der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin stelle sich insbesondere die Frage, welche Bemessungsmethode anzuwenden wäre. Es dürfte davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin heute nicht mehr als Vollerwerbstätige einzustufen wäre. Viel eher sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin als Nichterwerbstätige oder als Privatier einzustufen sei. Aufgrund der nicht auffälligen pathologischen Befunde sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin keine 40%ige Einschränkung im Aufgabenbereich bestehe und sie somit keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente habe (Urk. 8); dem kann nicht gefolgt werden. Nachdem vorliegend - wie oben unter Erw. 4.3 ausgeführt - die Frage der Arbeitsfähigkeit durch die bei den Akten liegenden medizinischen Berichte nicht annähernd aussagekräftig beantwortet worden ist, kann nicht bereits im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung

davon ausgegangen werden, dass in jedem Falle kein Invaliditätsgrad resultieren würde, der einen Anspruch gegenüber der Invalidenversicherung begründen würde.

4.5 Nach dem Gesagten vermag sich die Verfüzung der IV-Stelle vom 19. Dezember 2007 auf keine zuverlässige medizinische Grundlage zu stützen. Dies führt zur Aufhebung der angefochtenen Verfüzung sowie zur - beantragten - Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme von ergänzenden Abklärungen. Vorab wird der Gesundheitszustand respektive die (Rest-)Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin oder allenfalls ihre Einschränkungen im Aufgabenbereich interdisziplinär - unter Einbezug psychiatrischer und rheumatologischer Abklärungen - festzustellen und sodann - nach Prüfung der Statusfrage - zu prüfen sein, welche behinderungsangepassten Tätigkeiten allenfalls für die Beschwerdeführerin noch in Betracht kommen. Sodann hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin zu ermitteln sowie über ihren Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung neu zu entscheiden. Die Beschwerde ist demnach gutzuheissen.

5. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfüzung vom 19. Dezember 2007 aufgehoben, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Versicherten neu befinde.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während

folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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.