

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00158 vom 29. September 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00158

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00158 du 29 septembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00158 del 29 settembre 2009

Erwägungen

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 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).

2.3 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. 2 IVG).

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

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

2.5 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinngemäss anwendbar (Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 3 ATSG; spezifische Methode; BGE 130 V 99 Erw. 3.3.1, 104 V 136 Erw. 2a; AHI 1997 S. 291 Erw. 4a). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV).

2.6 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

2.7 Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 Erw. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 75 Erw. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 Erw. 3a, 109 V 115 Erw. 2b).

2.8 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezüglerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu

beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4).

2.9 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 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 18. Juli 2006 (Urk. 9/60) eingetreten und hat den geltend gemachten Rentenanspruch mit Verfügung vom 7. Januar 2008 (Urk. 2) verneint. Eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage unterbleibt somit.

Streitig und zu prüfen ist somit, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Zeit zwischen dem durch das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 24. April 2006 (Urk. 9/58) bestätigten Einspracheentscheid vom 24. November 2003 (Urk. 9/46) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) wesentlich verändert hat, beziehungsweise ob nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität vorliegt. Dabei ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 44 % einer Erwerbstätigkeit nachgegangen und zu 56 % im Haushalt tätig gewesen wäre (Urk. 1, Urk. 2).

3.2 Dem ursprünglichen Einspracheentscheid vom 24. November 2003 (Urk. 9/46) lag im Wesentlichen das Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) C. ___ vom 5. August 2002 zugrunde (Urk. 9/29).

Dabei diagnostizierten die Ärzte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Ferner diagnostizierten sie ein nicht klassifizierbares chronisches diffuses therapierefraktes Ganzkörpererschmerzsyndrom rechtsbetont ohne organisches Korrelat, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei einer diskreten Fehllage (Skoliose, thorakale Hyperkyphose) mit muskulärer Dysbalance, einer Übergangsanomalie mit Nearthrose links, einer Chondrose L5/S1 und einem Status nach lumbalem Morbus Scheuermann, einen Diabetes mellitus Typ II sowie eine Adipositas mit leichter Hyperlipidämie, wobei sie diesen Befunden keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimessen.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führten die Ärzte bei der Gesamtbeurteilung aus, seit einem angeblichen Verhebetrauma bei der Arbeit am 27. Juni

1999 leide die Beschwerdeführerin an lumbalen Rückenschmerzen mit langsam zunehmender Ausstrahlung rechtsbetont in den ganzen Körper, ohne Besserung auf jegliche versuchte Therapie. Zudem bestehe eine depressive Verstimmung. Die diskreten erhobenen organischen Befunde seien in keiner Art und Weise geeignet, das groteske Schmerzbild der Versicherten auch nur annähernd zu erklären. Die diffusen Ganzkörperschmerzen ohne tageszeitliche Periodizität und ohne jedes Ansprechen auf Therapieanwendungen und die erhebliche Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiven Beschwerden und demjenigen der objektiven Befunde würden auf eine schwere funktionelle Schmerzüberlagerung hindeuten. In diesem Sinne sei aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert worden. Dabei sei die Versicherte deutlich depressiv mit demonstrativem Schmerzverhalten. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Gesamthaft bestehe für die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei die psychopathologischen Befunde limitierend seien. Die gleiche Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe aus den gleichen Gründen für jegliche andere ausserhäusliche Tätigkeit. Als Hausfrau bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Der Beginn der reduzierten Arbeitsfähigkeit sei auf Juni 1999 festzusetzen.

E. 3.3

3.3.1 Die angefochtene Verfügung vom 7. Januar 2008 (Urk. 2) basiert im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Unterlagen:

Die Diagnosen im Bericht von Dr. med. D. ____, Facharzt für Rheumatologie, vom 19. Juni 2006 (Urk. 9/68/7-8) lauten: chronische fibromyalgieforme Schmerzerkrankung mit Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, chronisches Schmerzsyndrom der Lendenwirbelsäule bei einer Symptomausweitung nach kranial, einer zeitweisen spondylogenen Ausstrahlung in beide Beine, einer Wirbelsäulenfehlform und Haltungsinsuffizienz, einem Status nach thorakalem und lumbalem Morbus Scheuermann, einer episakralen Fettgewebshernie rechts, einer flachbogigen lateralen bis foraminalen Diskushernie L4/5 links, frühe mediale Gonarthrose rechts, Depression, Angststörung, rezidivierende Panikattacken, Diabetes mellitus Typ II und anamnestisch eine leichte Hypothyreose. Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte er keine.

3.3.2 In den Berichten der Klinik E. ____, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. und 17. August 2006 (Urk. 9/65/5-7, Urk. 9/68/5-6) - wo die Versicherte im Zeitraum vom 5. Juli 2004 bis 20. Juni 2006 ambulant behandelt wurde und in der Zeit vom 21. Juni bis 14. Juli 2006 hospitalisiert war - diagnostizierte Dr. med. F. ____, Oberärztin, jeweils eine schwere depressive Episode mit psychotischer Symptomatik (ICD-10: F32.2), einen Verdacht auf eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.6), Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie sowie ein chronisches therapieresistentes Schmerzsyndrom (Arthrose, Diskushernie). Als Befunde führte die Ärztin in beiden Berichten unter anderem auf: Angst, allein zu sein, affektlabil, deprimiert, klagend, weint, Antrieb reduziert aber psychomotorisch unauffällig. Weiter gab sie an (Urk. 9/65/5), in der angestammten Tätigkeit sei die Versicherte seit 9. März 2004 zu 100 % arbeitsunfähig. Auf längere Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit im Haushaltsbereich circa 50 % und im Erwerbsbereich 100 %.

3.3.3 Dr. A. ____, Hausarzt der Versicherten, diagnostizierte in seinem Bericht vom 2. November 2006 (Urk. 9/68/1-4) eine schwere Depression mit psychischer Symptomatik

und einen Verdacht auf eine ängstliche Persönlichkeitsstörung, ein chronisches Schmerzsyndrom der Lendenwirbelsäule bei spondylogener Ausstrahlung in beide Beine, eine Diskushernie L4/5 links sowie eine generalisierte Weichteilschmerzerkrankung mit somatoformer Schmerzverarbeitungsstörung. In der angestammten Tätigkeit sei die Versicherte seit Januar 2003 zu 100 % arbeitsunfähig. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihr nicht zumutbar.

3.3.4 Gemäss Gutachten des Z.____ vom 16. August 2007 wurde die Beschwerdeführerin am 12. Juni 2007 allgemeinmedizinisch-internistisch, orthopädisch und psychiatrisch untersucht (Urk. 9/78/7 ff.).

Dabei diagnostizierten die Ärzte eine leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.0/F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.80) bei einer beginnenden degenerativen Veränderung der mittleren Halswirbelsäule (ICD-10: M4782/M50.3), einer linksbetonten breitbasigen Diskusprotrusion L4/5 links ohne Neurokompression (ICD-10: M51.2), einer Hemisakralisation L5 links (ICD-10: Q76.4) und einer beginnenden degenerativen Veränderung der gesamten unteren Lendenwirbelsäule (ICD-10: M47.86/M51.3) sowie eine beginnende Gonarthrose beidseits, rechts mehr als links (ICD-10: M17.0). Ferner diagnostizierten sie ein metabolisches Syndrom bei einem Diabetes mellitus Typ II (ICD-10: E11) mit einer aktuellen Blutzuckerentgleisung, Übergewicht, arterieller Hypertonie (ICD-10: I10), Dyslipidämie (ICD-10: E78) und ein beginnendes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.1), wobei sie diesen Befunden keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimessen.

Die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte im Rahmen einer multidisziplinären Konsensbesprechung. Dabei kamen die Ärzte zu folgendem Schluss (Urk. 9/78/19 ff.): Aus psychiatrischer Sicht bestehe für alle körperlich angepassten Tätigkeiten eine Leistungseinbusse von 30 %. Aus orthopädischer Sicht seien der Versicherten körperlich schwere Tätigkeiten mit Heben und Ziehen von Lasten über 10 kg und ausgeübt in Zwangshaltungen bleibend nicht mehr zumutbar. Körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wozu auch die angestammte Tätigkeit als auch diejenige als Hausfrau gehören würden, seien ihr aus orthopädischer Sicht vollschichtig und ohne Leistungseinbusse zumutbar. Bezüglich der beginnenden Gonarthrose seien Tätigkeiten kniend ebenfalls unangünstig. Die Beschwerden im Zusammenhang mit der aktuellen Blutzuckerentgleisung würden sich unter verbesserter Blutzuckereinstellung innerhalb von maximal sechs Wochen zurückbilden. Aus polydisziplinärer Sicht resultiere daher nach Korrektur der Blutzuckerwerte eine Arbeitsfähigkeit von 70 % für sämtliche leichten bis mittelschweren, adaptierten Tätigkeiten, wie zum Beispiel die frühere Tätigkeit als Reinigungskraft. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit spätestens dem 12. Juni 2007. Im Haushalt bestehe eine maximale Einschränkung von 20 %. Eine leichte bis mittelschwere Erwerbstätigkeit sei der Beschwerdeführerin bis zu einem Pensum von 70 % neben dem Haushalt zumutbar.

3.3.5 Die Ärzte der B.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, führten in ihrem Bericht vom 7. September 2007 (Urk. 9/83/3-4) die gleichen Diagnosen auf wie im Z.____-Gutachten vom 16. August 2007 (abgesehen vom multilokulären Schmerzsyndrom). Angaben zur Arbeitsfähigkeit machten sie keine.

E. 4

4.1. Das Z.____-Gutachten vom 16. August 2007 basiert auf für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis und Berücksichtigung der vorhandenen Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Es erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (Erw. 2.9).

4.2. Die Berichte der Klinik E.____ und von Dr. A.____, auf welche sich die Beschwerdeführerin (Urk. 1) beruft, geben keinen Anlass dazu, die Z.____-Begutachtung in Frage zu stellen. Das Gleiche gilt auch für alle übrigen (in Erw. 3.3) zitierten Arztberichte.

Die Berichte der Klinik E.____ vom 11. und 17. August 2006 (Urk. 9/65/5-7, Urk. 9/68/5-6) sind ausgesprochen knapp gehalten und gehen kaum über die Diagnosestellung, ein paar stichwortartige Hinweise zu den Befunden und eine Kurzanamnese hinaus. Eine nähere Begründung für die aufgeführten Diagnosen und die im Bericht vom 17. August 2006 enthaltenen Angaben zur Arbeitsunfähigkeit fehlt praktisch völlig. So lässt sich dem Bericht nicht entnehmen, weshalb die diagnostizierten arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus die Arbeitsfähigkeit beeinflussen sollen. Auch sind die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit nicht rechtsgemäss differenziert ("auf längere Sicht .. im Erwerbsbereich 100%ig arbeitsunfähig", Urk. 9/65/5). In noch grösserem Ausmass treffen diese Mängel auch für den Bericht von Dr. A.____ vom 2. November 2006 (Urk. 9/68/1-4) zu, da dieser sich weitgehend in einer Auflistung von Diagnosen und quantitativen Angaben zur Arbeitsunfähigkeit erschöpft. Somit sind diese Berichte in wesentlichen Belangen unvollständig und daher nicht beweistauglich (Erw. 2.9), weshalb sie die polydisziplinäre Begutachtung des Z.____ weder hinsichtlich der Diagnosen noch der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Frage zu stellen vermögen. Nichts kann die Beschwerdeführerin auch aus dem ärztlichen Attest von Dr. A.____ vom 15. Mai 2006 (Urk. 3/1) ableiten, da darin einzig subjektive Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Beschwerden aufgeführt werden. Da die Diagnosen im Bericht der B.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 7. September 2007 (Urk. 9/83/3-4) identisch und diejenigen im Bericht von Dr. D.____ vom 19. Juni 2006 (Urk. 9/68/7-8) in somatischer Hinsicht im Wesentlichen gleich sind wie diejenigen im Z.____-Gutachten und in beiden Berichten zudem Angaben zur Arbeitsfähigkeit fehlen, stellen auch diese Berichte die Z.____-Begutachtung nicht in Frage. Daran ändern die in psychischer Hinsicht vom Z.____-Gutachten teilweise abweichenden Diagnosen im Bericht von Dr. D.____ vom 19. Juni 2006 nichts, da diese auf einer fachfremden Beurteilung beruhen und ohne nähere Begründung abgegeben wurden.

E. 4.3

4.3.1. Die weiteren Einwände der Beschwerdeführerin gegen die Z.____-Begutachtung (Urk. 1) sind unbegründet.

Gründe für das Vorliegen allfälliger Machenschaften oder einer Befangenheit bei der Z.____-Begutachtung sind entgegen den pauschalen Vorwürfen der Versicherten nicht ersichtlich (BGE 123 V 175). Ihre Einwände gegen das psychiatrische Teilgutachten sind ebenfalls unbegründet. Insbesondere wurden darin ihre soziale Situation, ihre Beziehungen, ihre Befindlichkeit und ihre psychiatrische Behandlung ebenso

berücksichtigt wie die Beurteilung in den Berichten der Klinik E.____ (Urk. 9/78/9-13). Für eine unsorgfältige oder unvollständige psychiatrische Beurteilung liegen daher keine konkreten Anhaltspunkte vor. Auch haben die Gutachter den Bericht vom 16. Mai 2006 betreffend eine MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 16. Mai 2006 (Urk. 3/2) in ihre Beurteilung einbezogen (Urk. 9/78/15). Da es Sache der Ärzte ist, die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person in gesundheitlicher Hinsicht zu beurteilen, kann auf die subjektive Überzeugung der Beschwerdeführerin, wonach der Bluthochdruck, der Diabetes mellitus und die damit verbundenen Beschwerden und die Medikation ihre Arbeitsfähigkeit herabsetzen würden, nicht abgestellt werden. Dies gilt umso mehr, als bei der Begutachtung eine deutliche Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden festgestellt wurde und die "bewusstseinsnah" gemachten Angaben der Beschwerdeführerin zu bestimmten eingenommenen Medikamenten sich nachgewiesenermassen als falsch erwiesen haben (Urk. 9/78/21). Zudem wiesen die Ärzte darauf hin, dass sich die Beschwerden im Zusammenhang mit dem Blutzucker unter verbesserter Einstellung kurzfristig zurückbilden würden (Erw. 3.3.4). Bei den von der Versicherten erwähnten Umständen, wonach sie keinen Beruf erlernt habe und Analphabetin sei (Urk. 1), handelt es sich um invaliditätsfremde Faktoren, weshalb sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten kann (Urteil des Bundesgerichts in Sachen P. vom 27. April 2007, I 164/06, Erw. 3.3.3).

4.3.2. Aus dem Bericht der B.____, Herzkreislaufzentrum und Klinik für Kardiologie, vom 7. Juli 2008 (Urk. 12) vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Dennoch die kardiologischen Untersuchungen und Beurteilungen in diesem Bericht beziehen sich auf den Sommer 2008 und damit auf einen Zeitraum, welcher vorliegend nicht mehr zur Diskussion steht, weil er ausserhalb des Anfechtungszeitraumes liegt (Urk. 2). Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin im zu beurteilenden Zeitraum in kardiologischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen war, lassen sich diesem Bericht nicht entnehmen, umso weniger, als er auf einer nicht abschliessenden medizinischen Untersuchung beruht und keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit enthält.

4.3.3. Da der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit rechtsgenüglich abgeklärt wurden, besteht entgegen der Auffassung der Versicherten kein Anlass für eine BEFAS-Abklärung.

4.4. Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass sowohl in Bezug auf die Diagnosen wie auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das Z.____-Gutachten vom 16. August 2007 abzustellen und deshalb spätestens ab dem 12. Juni 2007 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit und einer maximalen Einschränkung von 20 % im Haushalt auszugehen ist. Bei einem Erwerbsspensum von 44 % und einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht keine Invalidität in diesem Bereich, womit sich ein Einkommensvergleich ergibt. Um einen rentenbegründenden Gesamtinvaliditätsgrad von 40 % zu erreichen, müsste die Versicherte deshalb im Haushalt einen Invaliditätsgrad von über 70 % erreichen ($0,56 \times 70 = \text{rund } 39 \%$), was in Anbetracht einer medizinisch-theoretisch maximalen Einschränkung im Haushalt von 20 % ausgeschlossen werden kann. Die IV-Stelle hat

daher zu Recht auf eine Haushaltsabklärung verzichtet (Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 19. Mai 2008, 9C_596/2007, Erw. 4.3).

Nach dem Gesagten haben der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten im massgebenden Zeitraum keine entscheidend sich auf den Invaliditätsgrad auswirkende Änderung erfahren. Da auch in erwerblicher Hinsicht keine Veränderung erstellt ist, hat die Beschwerdegegnerin das erneute Rentengesuch zu Recht abgewiesen.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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

- Bundesamt für Sozialversicherung

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (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 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.