

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00569 vom 31. August 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00569

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00569 du 31 août 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00569 del 31 agosto 2009

Erwägungen

E. 2

2.1. Dagegen liess X. am 26. Mai 2008 durch M. Milovanovic Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1).

2.2. Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 28. Juli 2008 (Urk. 8 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 9/1-52) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 31. Juli 2008 (Urk. 10) geschlossen.

2.3. Mit Schreiben vom 14. August 2008 (Urk. 11) machte die Beschwerdeführerin unter Auflage des Berichtes des Z. vom 23. Juli 2008 (Urk. 12) eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend. Am 23. Juni 2009 (Urk. 15) reichte sie schliesslich den Bericht der Klinik E. vom 12. Juni 2009 (Urk. 16) zu den Akten.

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin mit der Begründung, ihre bisherige Tätigkeit als Reinigungsfachfrau sei ihr nur noch teilweise, eine angepasste Tätigkeit jedoch im Umfang von 70 % zumutbar. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 20 % konnte sie daher ein Invalideneinkommen von Fr. 39'728.-- pro Jahr erzielen, was im Vergleich zum Valideneinkommen von jährlich Fr. 56'518.-- zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 30 % führe. (Urk. 2).

1.2. Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin geltend machen, sie sei vollständig arbeitsunfähig, was von den behandelnden Ärzten bestätigt werde. Auf die gegenteilige Meinung des D. sei mangels neutraler Haltung der begutachtenden Ärzte nicht abzustellen (Urk. 1 S. 2).

2.

2.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte 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).

2.4 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze 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 prüfen 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.).

E. 3

3.1 Mit Bericht vom 18. August 2006 (Urk. 9/11/5-7) diagnostizierten die Ärzte des Z.____ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und eine kleine Diskushernie L5/S1 rechts mit Obliteration des Rezessuseinganges und sicherer Wurzelirritation, möglicherweise mit Wurzelkompression. Sie notierten, die Beschwerdeführerin habe über ein seit 1996 bestehendes panvertebrales Syndrom mit cervical und in beide Beine ausstrahlenden Schmerzen geklagt. Nach einem ersten starken Schmerzschub im Jahre 1996 habe sie im Jahre 2000 einen zweiten und im Jahre 2003 einen dritten Schub erlitten, wobei die Schmerzen trotz medizinischer Trainingstherapie (MTT) und Physiotherapie bis heute zunehmend seien. Aktuell beklage sie sich über psychische Schlafstörungen, Weinen, Aggressionen, Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen. In Bezug auf den psychopathologischen Befund führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin habe sich altersentsprechend und bewusstseinsklar präsentiert. Mit Ausnahme einer depressiv-resignierten Stimmung erhoben die Ärzte keine

pathologischen Befunde - auch kognitiv hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt -, hielten aber gleichzeitig fest, es ergebe sich zusammenfassend das Bild einer schweren Depression (Urk. 9/11/6). Durch den vom 26. April bis zum 23. Juni 2006 dauernden Klinikaufenthalt habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin leicht verbessert (Urk. 9/11/7).

3.2. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. A., diagnostizierte am 5. Oktober 2006 (Urk. 9/15/1-2) eine depressive Entwicklung mit generalisierendem Schmerzsyndrom bei kleiner Diskushernie L5/S1. Die Beschwerdeführerin sei auf ihre Schmerzsymptomatik fixiert; keine der verschiedenen therapeutischen Bemühungen habe eine Besserung gezeigt. Zweifellos bestehe eine Arbeitsunfähigkeit.

3.3. Dr. B. nannte am 28. Oktober 2006 (Urk. 9/16) ein lumboradikulares Reizsyndrom bei im MRI nachgewiesener kleiner Diskushernie L5/S1 rechts mit Obliteration des Rezessuseinganges, sicherer Wurzelirritation und möglicher Wurzelkompression. In einer der Behinderung angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30 % (Urk. 9/16/3).

3.4. Mit Bericht vom 25. Januar 2007 (Urk. 9/20) führte Dr. med. F., Oberarzt am Spital C., als Diagnosen ein chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom mit Wirbelsäulenfehlform (thorakolumbal links-/rechtskonvexe Skoliose), Wirbelsäulenfehlhaltung (kurzstreckige lumbale Hyperlordosierung, Nackenkyphose und Kopfprotraktion), myofaszialem Schmerzsyndrom gluteal sowie bildgebend rechtsmediolateraler Diskushernie mit möglicher Reizung der Wurzel S1 rechts an. Er hielt fest, die aktuellen tieflumbalen Rückenschmerzen hätten Mitte September des Jahres 2005 begonnen und seit dem 28. September 2005 zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt. Da bei allen am Spital C. durchgeführten Tests die Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin im Vordergrund gestanden habe, könne das arbeitsbezogene relevante Problem aus funktioneller Sicht nicht beurteilt werden (Urk. 9/20/4). Anlässlich der Befunderhebung habe die Beschwerdeführerin erschwerte Gangarten vorerst wegen Schmerzen als nicht durchführbar bezeichnet, solche nach Aufforderung jedoch gut absolviert. Von fünf Waddellzeichen seien vier positiv getestet worden (Urk. 9/20/6). Angesichts der ungenügenden Leistungsbereitschaft sei eine abschliessende Beurteilung bezüglich Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit nicht möglich. Die Belastbarkeit liege aber mindestens im Bereich einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit (Urk. 9/20/4).

3.5. Dr. med. G., Facharzt FMH Radiologie, visualisierte mittels MRI der LWS am 11. Juni 2007 (Urk. 9/34/4) eine lumbosacrale Übergangsanomalie mit Fehllhaltung der LWS, eine foraminale Anulusruptur L4/5 rechts ohne Beeinträchtigung der benachbarten Nervenwurzel sowie eine kleine, parazentrale Diskushernie L5/S1 rechts im Sinne einer Protrusion. Diese führe zu einer leichtgradigen Kompression der absteigenden Nervenwurzel S1 im Recessus lateralis rechts. Schliesslich beständen leicht- bis mittelgradige, caudale Spondylarthrosen.

3.6. Am 13. November 2007 erstattete das D. das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten (Urk. 9/35/1-21), wozu sich die Sachverständigen auf die zur Verfügung gestellten und nachträglich eingegangenen Akten, auf die anlässlich der Untersuchungen vom 4. und 5. September 2007 erhobenen Befunde und gemachten Angaben der Beschwerdeführerin sowie auf das internistische, psychiatrische und

orthopädische Teilgutachten stützten.

Bei weitgehend unauffälligem internistischen Status (Urk. 9/35/7-8) klagte die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Untersuchung über den Verlust ihrer Leistungsfähigkeit, traurige Verstimmung, nächtliche Schlafschwierigkeiten und Müdigste (Urk. 9/35/10). Der Psychiater Dr. med. H. ___ notierte, die Beschwerdeführerin habe das Untersuchungszimmer mit rechtsseitigem Schonhinken betreten. Sie habe resigniert und enttäuscht gewirkt. Ihre Ausführungen seien differenziert, die Klagen über körperliche Beschwerden jedoch diffus gewesen (Urk. 9/35/9). Der Arzt erhob eine eingeschränkte affektive Modulationsfähigkeit und beschrieb die Beschwerdeführerin als allseits orientiert und bewusstseinsklar. Während des ganzen Gespräches habe sie mit klagender und weinender Haltung auf dem Stuhl gesessen. Auffassung und Gedächtnis hätten sich als nicht beeinträchtigt erwiesen, wahnhaftes Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen und Ich-Störungen seien nicht vorhanden gewesen. Dr. H. ___ diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0, F32.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54) sowie eine Störung, verursacht durch den schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10: F13.1). Er hielt im Weiteren fest, das Ausmass der Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, liessen sich mit den somatischen Befunden nicht hinreichend objektivieren, weshalb von einer psychischen Überlagerung, einer Schmerzverarbeitungsstörung, auszugehen sei (Urk. 9/35/10). Der Arzt kam zum Schluss, durch die leichte bis mittelgradige depressive Episode sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 30 % eingeschränkt. Eine schwere depressive Störung liege nicht vor. Ebenso fehlten schwere psychosoziale Belastungsfaktoren (Urk. 9/35/11). Abschliessend empfahl Dr. H. ___ die schrittweise Absetzung der Benzodiazepine, da diese zu kognitiven Beeinträchtigungen mit verstärkten Verstimmungen, Müdigsten und nächtlichen Schlafschwierigkeiten führten (Urk. 9/35/12).

Der orthopädische Gutachter Dr. med. I. ___ notierte, das ebene Gangbild sei verlangsamt und mit beidseitigem Hinken erfolgt. Die gesamte Körperoberfläche habe eine deutliche Druckdolenz ohne eigentliches punctum maximum aufgewiesen, und die Untersuchung der Wirbelsäule habe in sämtlichen Abschnitten eine verminderte Beweglichkeit gezeigt, wobei es zu einer deutlichen Gegenspannung gekommen sei, welche eine Untersuchung in den oberen und unteren Extremitäten verunmöglichlicht habe. Schliesslich sei die gesamte Untersuchung praktisch unabhängig von der gerade durchgeführten Prüfung von einem fast konstanten Stöhnen begleitet gewesen. Vier von fünf Waddellzeichen seien positiv getestet worden. Die am rechten Vorderarm sowie an den Fingern III - IV gezeigte Hypästhesie habe sich weder einem Dermatome noch einem Versorgungsgebiet eines peripheren Nervens zuordnen lassen, weshalb eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervens klinisch weitestgehend ausgeschlossen werden könne (Urk. 9/35/15). Dr. I. ___ nannte die Diagnose eines chronischen panvertebralen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Ausfälle (Urk. 9/35/17) und führte im Weiteren aus, dass die MR-Tomographien der HWS zwar eine kleine Diskusprotrusion sowie diskrete Zeichen einer Osteochondrose zeigten, jedoch kein Hinweis auf eine Neurokompression bestehe. Bei der Lendenwirbelsäule sei eine lumbosakrale

Übergangsanomalie mit leichtgradigen Spondylarthrosen sowie einer kleinen Diskusprotrusion L5/S1 mit leichtgradiger Kompression der Wurzel S1 rechts visualisiert worden, weshalb sich die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden im Bereich der lumbalen Wirbelsäule teilweise begründen liessen. Beschwerden bei hoher körperlicher Belastung seien aufgrund der degenerativen Veränderungen grundsätzlich möglich. Die radiologisch dargestellte leichtgradige Kompression der Wurzel S1 rechts lasse sich klinisch jedoch nicht verifizieren. Nicht geklärt blieben zudem die Beschwerden an der übrigen Wirbelsäule und an den Extremitäten sowie die Tatsache, dass weder die weitgehende körperliche Schonung, noch Physiotherapie und Infiltrationen zu einer Linderung der Schmerzen geführt hätten. Insgesamt bestünden damit deutliche Anzeichen einer Ausweitung der Schmerzproblematik (Urk. 9/35/15). Der Orthopäde hielt dafür, dass aufgrund der objektivierbaren Befunde in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe. Demgegenüber sei die Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten nicht eingeschränkt (Urk. 9/35/16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsangestellte in einem Hotelbetrieb bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei sich kein additiver Effekt der psychischen und orthopädischen Einschränkungen ergebe. Für körperlich leichte Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (Urk. 9/35/19).

3.7 Ä Ä Ä Im Bericht vom 24. November 2007 (Urk. 9/36) schrieb Dr. B., die bei der Beschwerdeführerin seit Jahren auftretenden Nacken- und Rückenbeschwerden seien am ehesten Ausdruck einer muskulären Dysbalance, wahrscheinlich auf der Grundlage degenerativer Wirbelsäulenveränderungen mit zusätzlicher Haltungsanomalie. Die Kopfschmerzen entsprächen wohl Spannungskopfschmerzen und dürften cervical unterhalten sein. Hinweise für eine organisch-neurologische Genese hätten sich keine finden lassen. Die Untersuchung habe normale Befunde ergeben. Der Arzt erklärte, eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben schwerer Lasten (nicht mehr als 5 kg kurzfristig, nicht mehr als 2 kg längerfristig), ohne Bierkopfarbeiten und vorgeneigtes Arbeiten sei der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht zu höchstens 30 % zumutbar (Urk. 9/36/2).

3.8 Ä Ä Ä Zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin hielt Dr. B. in der Stellungnahme zum Gutachten des D. am 29. Dezember 2007 (Urk. 9/43/10-11) dafür, dass die Experten die Beschwerden in psychischer Hinsicht nicht genügend bewertet und beachtet hätten. Entgegen den Feststellungen der Gutachter leide die Beschwerdeführerin an einer schweren anhaltenden somatischen Schmerzstörung mit Symptomausweitung sowie (gemäss L.) an einer schweren depressiven Episode.

3.9 Ä Ä Ä Am 12. Februar 2008 (Urk. 9/45) erklärte das Z., das psychiatrische Teilgutachten des D. habe verschiedene Symptome, welche teilweise in starkem Ausmass vorhanden seien, nicht aufgeführt. So leide die Beschwerdeführerin beispielsweise zusätzlich unter Lust- und Interesselosigkeit, vermehrten Aggressionen, Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen. Der Grad dieser Symptome erschwere nicht nur die Behandlung, sondern verunmögliche auch jegliche Arbeitstätigkeit (Urk. 9/45/1). Zudem liege eine somatoforme Schmerzstörung vor, habe die Beschwerdeführerin es doch als massive Kränkung erlebt, ihre Arbeitsstelle aufgeben zu müssen, womit psychosoziale und emotionale Faktoren bei der Entstehung und

Aufrechterhaltung der StÄ¶rung mitgewirkt hÄ¶tten. Auch heute noch wÄ¶rde die BeschwerdefÄ¶hrerin gerne in einer angepassten TÄ¶tigkeit arbeiten. Sie leide darunter, keine Tagesstruktur zu haben und nichts mehr zum Lebensunterhalt beitragen zu kÄ¶nnen. Durch ihre Beschwerden sei sie allerdings derart eingeschrÄ¶nkt, dass sie auch in einer der Behinderung angepassten BeschÄ¶ftigung zu 100 % arbeitsunfÄ¶hig sei (Urk. 9/45/2).

3.10Ä ¶ In Stellungnahme zum vorgenannten Bericht fÄ¶hrte das D.____ am 3. April 2008 (Urk. 9/50) aus, die Diagnose einer mittelgradigen Depression sei nur beim Vorliegen von drei, besser von vier, der sogenannten anderen Symptome (SchuldgefÄ¶hle, verminderter Appetit, fehlendes Selbstvertrauen, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidversuche, negativistische Zukunftsperspektiven) gerechtfertigt. Die BeschwerdefÄ¶hrerin habe aber durchaus gewisse Interessen, wie die genaue Erfragung der tÄ¶glichen AktivitÄ¶ten ergeben habe (TÄ¶tigen kleinerer EinkÄ¶ufe, Unterhaltung mit der Nachbarin, Flugreisen in die Heimat). Zudem sei im Gutachten ein sozialer RÄ¶ckzug erwÄ¶hnt, es werde aber auch festgehalten, dass innerhalb der Familie gute Kontakte bestÄ¶nden und kein emotionaler RÄ¶ckzug bestehe (Urk. 9/50/1). Schliesslich seien anÄ¶sslich der Untersuchung durch die Gutachter weder eine Aggression, noch KonzentrationsstÄ¶rungen oder Vergesslichkeit erhoben worden. Und endlich dÄ¶rften testpsychologische Resultate nicht ohne klinische Symptomatik beurteilt werden. Letztlich habe das Z.____ den Benzodiazipin-Missbrauch mit keinem Wort erwÄ¶hnt. Spiele es in Bezug auf die ArbeitsfÄ¶higkeit zudem keine Rolle, ob eine SchmerzverarbeitungsstÄ¶rung oder eine anhaltende somatoforme StÄ¶rung diagnostiziert sei, kÄ¶nnte sich eine Arbeit - werde doch betont, wie stark die BeschwerdefÄ¶hrerin unter dem Verlust der Arbeitsstelle leide - auch gÄ¶nstig auswirken und rechtfertige sich aus psychiatrischer Sicht eine vollstÄ¶ndige ArbeitsunfÄ¶higkeit nicht, so werde das Gutachten des D.____ durch die Beurteilung des Z.____ keineswegs in Frage gestellt (Urk. 9/50/3).

3.11Ä ¶ Am 23. Juli 2008 (Urk. 12) berichtete das Z.____, der Gesundheitszustand der BeschwerdefÄ¶hrerin habe sich massiv verschlechtert. Sie leide nunmehr an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, welche einen Aufenthalt in der Klinik J.____ vom 16. Mai bis zum 27. Juni 2008 erforderlich gemacht habe. Die antidepressive Therapie gestalte sich als ausserordentlich schwierig, hÄ¶tten die verwendeten Medikamente doch das Krankheitsbild kaum positiv beeinflusst.

3.12Ä ¶ Mit Bericht vom 12. Juni 2009 (Urk. 16) nannten die Ä¶rzte der Klinik E.____ als Diagnosen mit EinschrÄ¶nkung der ArbeitsfÄ¶higkeit eine (1) anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¶rung (ICD-10: F45.4), welche die bisherige TÄ¶tigkeit verunmÄ¶gliche, eine (2) schwere depressive Episode ohne psychotisches Syndrom (ICD-10: F32.2) bei hÄ¶ngigem IV-Verfahren sowie eine (3) Hypothyreose. Ohne wesentliche EinschrÄ¶nkung der ArbeitsfÄ¶higkeit seien eine kleine Diskushernie (L5/S1) sowie eine Zervicalgie. Die Ä¶rzte hielten dafÄ¶r, dass die bisherige TÄ¶tigkeit als Hotelangestellte in der Reinigung nicht mehr zumutbar sei. In einer weniger repetitiven und kÄ¶rperlich weniger anstrengenden TÄ¶tigkeit sei die ArbeitsfÄ¶higkeit jedoch erhalten. In Bezug auf die Prognose fÄ¶hrten sie abschliessend aus, eine solche sei schwierig zu stellen, wobei das hÄ¶ngige Verfahren einen Hinderungsgrund zur Zustandsverbesserung darstelle. Es sei davon auszugehen, dass ein Wechsel der bisherigen TÄ¶tigkeit in Betracht zu ziehen sei.

4.1. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin besteht kein Anlass, nicht auf das vom D. ___ verfasste Gutachten abzustellen. Die Experten untersuchten die Beschwerdeführerin selber, berücksichtigten die geklagten Beschwerden, lieferten in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (vgl. Urk. 9/35/16, 9/35/19) eigene Einschätzungen der Situation, beantworteten in nachvollziehbarer Weise die Fragen der Beschwerdegegnerin und entkräfteten überzeugend die an ihrem Gutachten geübte Kritik (vgl. Erw. 3.9 - 3.10). Damit erfüllt das Gutachten des D. ___ sämtliche Kriterien, denen ein beweistaugliches Gutachten zu genügen hat (Erw. 2.4), womit es eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage bildet.

4.2. Dass Dr. B. ___ eine angepasste Tätigkeit lediglich im Umfang von 30 % als zumutbar (Erw. 3.3, 3.7) erachtete, vermag die Beurteilung der Gutachter indes nicht zu erschüttern. In Stellungnahme zu den früheren ärztlichen Einschätzungen legten die Experten plausibel dar, dass die von Dr. B. ___ erhobenen Befunde weitgehend den von ihnen gemachten Beobachtungen entsprechen (Urk. 9/35/16). Zudem hatten die Ärzte des Spital C. ___ eine Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin festgestellt, vier von fünf Waddellzeichen positiv getestet und die Belastbarkeit als mindestens im Bereich einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit bezeichnet (Erw. 3.4). War schliesslich auch die Untersuchung der Beschwerdeführerin durch die Sachverständigen des D. ___ von subjektiven Erschwernissen geprägt (deutliches Gegenspannen, vier Waddellzeichen, fast konstantes Stöhnen; Erw. 3.6), ist in der Tat nicht einsichtig, weshalb weder körperliche Schonung noch Physiotherapie oder Infiltrationen zu einer Linderung beitrugen (vgl. Erw. 3.6), und hatte endlich Dr. B. ___ keinerlei Hinweise für eine organisch-neurologische Genese der Beschwerden finden können, sondern normale Untersuchungsbefunde erhoben (Erw. 3.7) sowie darüber hinaus in Beurteilung des Gutachten des D. ___ dahingehalten, die Beschwerden in psychischer Hinsicht seien nicht genügend beachtet worden (Erw. 3.8), fehlt es mithin an jeglichen Hinweisen, die ein Abweichen von der gutachterlichen Einschätzung rechtfertigen liessen. Im Gegenteil ist der Beurteilung durch den orthopädischen Gutachter - welcher im Übrigen die lumbalen Beschwerden der Beschwerdeführerin durchaus in seine Wertung miteinbezog (Erw. 3.6) - uneingeschränkt zu folgen. Es ist daher darauf abzustellen, dass der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht eine körperlich leichte Tätigkeit vollumfänglich zumutbar ist.

4.3. Nichts anderes ergibt sich in Bezug auf die psychische Gesundheit der Beschwerdeführerin. Die in Stellungnahme zur Kritik des Z. ___ gemachten Ausführungen der Dres. H. ___ und K. ___, D. ___, (Erw. 3.9) überzeugen voll und ganz. Dass der Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen keinerlei Tätigkeit mehr zumutbar wäre, entbehrt jeder Grundlage. Jedenfalls liesse sich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht auf die aufliegenden Berichte des Z. ___ abstützen: Dessen Ärzte erhoben mit Bericht vom August 2006 ausser einer depressiv-resignierten Stimmung keine weiteren pathologischen Befunde. Sie hielten gar ausdrücklich fest, die kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin seien unauffällig (Erw. 3.1). Weshalb sie gleichwohl zur Einschätzung gelangten, es liege das Bild einer schweren Depression vor (Erw. 3.1), ist nicht nachvollziehbar. Was das Z. ___ im Bericht vom 12. Februar 2008 vorbrachte (Erw. 3.9), vermag ebenso wenig zu überzeugen, nannten die Ärzte vornehmlich schwer objektivierbare Symptome und fehlte ihrer gelieferten

Einschätzung jegliche Begründung. Demgegenüber legen die Gutachter des D.____ ausföhrlich und schlössig dar, dass sich aufgrund der Vorbringen des Z.____ ein Abweichen vom erstatteten Gutachten in keinerlei Art und Weise aufdränge (Erw. 3.10).

4.4.1.1

4.4.1.1 Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass grundsätzlich sowohl einer somatoformen Schmerzstörung als auch einer depressiven Episode leichten oder mittleren Grades eine invalidisierende Wirkung abgeht. Besteht bei Ersterem die Vermutung der zumutbaren Überwindbarkeit (Erw. 2.2), so handelt es sich beim Zweiten definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 26. Januar 2007, I 501/06, Erw. 6.3). Vor diesem Hintergrund und insbesondere auch mit Blick auf den Bericht der Klinik E.____ vom 12. Juni 2009, welcher das vorliegende Verfahren als Hinderungsgrund zur Zustandsverbesserung der Beschwerdeföhrerin und eine wenig repetitive sowie körperlich leichte Tätigkeit als vollumfänglich zumutbar bezeichnete (Erw. 3.12), liegt es gar nahe, die Schlussfolgerung des ansonsten beweiskräftigen Gutachtens des D.____ (Erw. 4.1), eine angepasste Tätigkeit sei aus psychischen Gründen nur zu 70 % zumutbar (Erw. 3.8), in Frage zu stellen.

4.4.2 Hat die Beschwerdegegnerin jedoch in korrekter Art und Weise dem Gutachten des D.____ folgend unter Zugrundelegung einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad errechnet (vgl. Urk. 9/39 in Verbindung mit Urk. 9/5/2-3), so eröbrigen sich weitergehende Ausführungen zur Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeföhrerin.

4.5 Was schliesslich die geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass das Schreiben des Z.____ vom 23. Juli 2008 (Urk. 12) nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. April 2008 erging, wöhrenddem für die gerichtliche Beurteilung grundsätzlich auf die tatsächlichen Verhältnisse bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung abzustellen ist (BGE 134 V 293 Erw. 6). Der genannte Bericht wäre daher bereits aus diesem Grund unbeachtlich. Selbst wenn jedoch die Informationen des Z.____ auch auf einen früheren Zeitpunkt bezogen Gältigkeit beanspruchen könnten, wären sie obigen Erwägungen zufolge sowie insbesondere mit Blick auf die Beurteilung der Klinik E.____ vom 23. Juni 2009 (Erw. 3.12) in keiner Weise geeignet, die Einschätzung der Gutachter in Frage zu stellen.

5. Diese Erwägungen föhren zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

6. 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) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeföhrerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeföhrerin 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. 11-12 und 15-16

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.