

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00763 vom 7. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00763](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00763)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00763 du 7 janvier 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00763 del 7 gennaio 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend den Rentenanspruch (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG) und die Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts; ATSG), sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann verwiesen werden.

1.2 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.3 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).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. Erw. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

1.5. 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. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als zu 80 % im Erwerbsbereich und zu 20 % im Haushaltsbereich Tätige. Nach dem durchgeführten Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 0 %. Auch im Haushalt sei sie nicht eingeschränkt (Urk. 2 S. 2).

2.2. Die Beschwerdeführerin führte demgegenüber aus, sie sei schwer krank; sie habe starke Rücken-, Knie- und Atembeschwerden und leide an einer schweren psychischen Erkrankung (Urk. 1).

2.3. Strittig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin.

Die Statusfrage, das heisst die Qualifizierung der Beschwerdeführerin als zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Haushalt beschäftigt, ist nicht strittig.

## E. 3

3.1. In ihrem Bericht vom 18. August 2005 diagnostizierten Dr. med. C., Teamleiter Kniechirurgie, und Dr. med. D., Assistenzarzt, Uniklinik E., ein femoropatellares Schmerzsyndrom rechts und eine Femoropatellararthrose links. Als Nebendiagnose führten sie ein chronisches Asthma bronchiale unter Cortisontherapie auf (Urk. 6/19/5).

Unter physiotherapeutischen Massnahmen zeige sich eine deutliche Verbesserung der klinischen Symptomatik im Bereich der Femoropatellararthrose linksseitig. Aktuell stehe das femoropatellare Schmerzsyndrom rechtsseitig im Vordergrund. Diesbezüglich hätten Dr. C. und Dr. D. eine lokalanalgetische und antiinflammatorische, physikalische Therapie (Elektrotherapie, Iontophorese) verordnet. Ferner sei das Trainingsprogramm für beide Kniegelenke im Rahmen einer MTT weiterzuführen. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht ausgestellt worden (Urk. 6/19/6).

3.2. In ihrer Zusammenfassung der Krankengeschichte stellten Dr. med. F., Oberärztin, und Dr. med. G., Assistenzärztin, Stadtpital H., folgende

Diagnosen (Urk. 6/19/12):

- Bronchitis mit pleuritische Reizung
- Asthma bronchiale
- aktuell: prolongierter Asthmaanfall bei respiratorischem Infekt
- persistierender Nikotinabusus
- Adipositas per magna
- BMI 35 kg/m<sup>2</sup>
- chronische Knieschmerzen
- unter NSAR
- depressives Zustandsbild

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ führten aus, die Beschwerdeführerin sei am 9. Oktober 2005 wegen linksseitigen thorakalen Schmerzen notfallmässig ins Stadtspital H.\_\_\_\_ eingetreten. Als Ursache der Thoraxschmerzen würden die Ärzte pleuritische Schmerzen nach einem pulmonalen, mittlerweile abgeklungenen Infekt in Betracht ziehen. Symptomatisch habe die Beschwerdeführerin NSAR zur weiteren Schmerztherapie erhalten. Ferner sei es bei bekanntem Asthma bronchiale im Rahmen des Infektes zu einem prolongiertem Anfall mit Hypoxie gekommen. Bei Nikotinkonsum und in der Lungenfunktion fehlender Reversibilität der Obstruktion sei auch an eine beginnende chronische obstruktive Komponente zu denken. Nach Steroidstoss und zusätzlicher Inhalation mit Dospir habe sich die Klinik verbessert. Ferner sei die Beschwerdeführerin daran erinnert worden, zu Hause täglich den Peak Flow zu messen (Urk. 6/19/13).

3.3 Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 1. Dezember 2005 nannte der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radio-Onkologie, bei welchem die Beschwerdeführerin seit Juni 2004 in Behandlung ist (Urk. 6/19/2 lit. D.1), folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/19/1 lit. A):

- schwere asthmoide Bronchitis unter Prednison
- schwere Gonarthrose links
- Adipositas
- Nikotinabusus
- schwere depressive Entwicklung
- schwerer Schwindel unklarer Genese bei Verdacht auf Marklagerdemyelinisierung?

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. I.\_\_\_\_ ein Hirsutismus und eine Hypertonie (Urk. 6/19/1 lit. B).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung führte er aus, die Beschwerdeführerin habe seit Behandlungsbeginn über zunehmende Atemnot, präcordiale Beschwerden, Rückenbeschwerden und schwere Kniebeschwerden geklagt. Die Abklärungen im Stadtspital H.\_\_\_\_ hätten eine mittelschwere obstruktive Bronchitis und eine Gonarthrose links ergeben. Die Beschwerdeführerin habe immer wieder notfallmässig ins Spital

eingewiesen werden müssen. Die hartnäckigen Schmerzen im Knie würden sie auch im täglichen Leben beeinträchtigen und zur Inaktivität sowie der bestehenden Adipositas per magna (über 100 kg, BMI 37; Urk. 6/19/2 lit. D.7) beitragen.

Bezüglich Arbeitsfähigkeit hielt Dr. I. \_\_\_ in den Berichten vom 31. August und 1. Dezember 2005 fest, die Beschwerdeführerin sei sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als Office-Mitarbeiterin als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 6/19/1 lit. B, Urk. 6/19/2 lit. D.7, Urk. 6/19/4).

3.4 In ihrem Bericht vom 20. Februar 2006 diagnostizierte Dr. G. \_\_\_ Asthma bronchiale und chronische Knieschmerzen (Urk. 6/21 lit. A). Die Beschwerdeführerin sei vom 9. bis 12. Oktober 2005 wegen eines Asthmaanfalls bei bekannter Asthma bronchiale im Stadtspital H. \_\_\_ hospitalisiert worden. Im Rahmen eines pulmonalen Infektes sei ein prolongierter Asthmaanfall aufgetreten. Nach Steroidgabe und Ausbau der antiobstruktiven Therapie habe sich der Gesundheitszustand verbessert (Urk. 6/21 lit. D.7). Die Arbeitsfähigkeit sei nicht beurteilbar, da die Hospitalisation wegen akuter Dyspnoe bei Asthmaanfall stattgefunden habe (Urk. 6/21 S. 4).

3.5 In seinem Bericht vom 1. März 2006 diagnostizierte Dr. med. J. \_\_\_, Oberarzt i.V., Universitätsklinik E. \_\_\_, eine Femoropatellararthrose beidseits (Urk. 6/22/1 lit. A). Anlässlich der medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit führte Dr. J. \_\_\_ aus, sämtliche psychische Funktionen der Beschwerdeführerin seien uneingeschränkt. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei sie zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 6/22/2 lit. D.7, Urk. 6/22/4); ferner sei sie als Hausfrau mit Zeit- und Aktivitätseinteilung voll einsatzfähig (Urk. 6/22/2 lit. D.7).

3.6 In seinem Bericht vom 16. November 2006 (Urk. 6/28/9-12) führte Dr. med. K. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, nach der Erstkonsultation vom 13. November 2006, aus, es liege eine etwas komplexe Problematik mit Schwindel, Kopfschmerzen und Hirsutismus, bestehend seit circa zwei Jahren, vor. Ferner beständen eine Depression und eine psychische Belastungssituation; die Interferenzen müssten in organische und nicht organische Anteile getrennt werden. Deshalb sei eine Untersuchung der Hypophyse und der Sella mit ultradünner CT-Schichtung und KM nötig gewesen. Weiter sei die Beschwerdeführerin zur hormonellen - eventuell otoneurologischen - Untersuchung an Dr. med. L. \_\_\_, Fachärztin FMH für Innere Medizin, zu überweisen. Die durchgeführten Abklärungen hätten eine normale Sella und eine normal grosse Hypophyse ergeben; intracerebral bestehe ein normaler Befund. Am cervicocranialen Übergang sei überraschenderweise eine seltene Anomalie mit Darstellung von spornartigem Fortsatz des rechten Occipitalkondylus nach medial mit Beugung der räumlichen Verhältnisse zur Densspitze hin zum Vorschein gekommen. Dieser Befund interveniere wahrscheinlich nicht mit dem Verlauf der Arteria vertebralis, jedoch sei die ganze Region stark vaskularisiert. Die Bedeutung dieses Befundes sei also nicht klar. Die Kopfschmerzen seien wahrscheinlich cervico-occipital und temporal verspannungsbedingt. Bei den Schwindelbeschwerden seien vertebrobasiläre Störungen nicht ausgeschlossen (Urk. 6/28/11 unten).

3.7 In seinem Bericht vom 23. April 2007 stellte Dr. I. \_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 6/28/2 Ziff. 2.1):

- asthmoide Bronchitis beziehungsweise Asthma bronchiale

- Gonarthrose links
- Adipositas per magna
- Hirsutismus
- schwere depressive Verstimmung
- unklare Demyelinisierung beziehungsweise Glianarben im MRI
- mässige Hypertonie

Dr. I. \_\_\_ hielt fest, ergänzend zu seinem Bericht vom 1. Dezember 2005 könne er berichten, dass sich die Beschwerden bezüglich Lunge beziehungsweise Atemnot verschlechtert hätten. Die Adipositas habe weiter zugenommen (am 22. Januar 2007: 112 kg bei einer Grösse von 172 cm). Die depressive Problematik habe ebenfalls zugenommen und die Beschwerdeführerin sei in psychiatrischer Behandlung (Urk. 6/28/3 Ziff. 4.3). Der Hirsutismus beginne sie zu stören; glücklicherweise habe die Abklärung keinen Tumor ergeben (Urk. 6/28/3 Ziff. 4.4). Gesamthaft betrachtet sei die Beschwerdeführerin, insbesondere was ihre Psyche angeht, nicht mehr im Stande, zu arbeiten und könne in einen Arbeitsprozess sicher nicht mehr integriert werden. Daher sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 6/28/2 Ziff. 3, Urk. 6/28/3 Ziff. 4.5).

In ihrem Gutachten vom 7. April 2008 nannten Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, Dr. med. N. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. O. \_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, P. \_\_\_ (P. \_\_\_), folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/41/18 Ziff. 5.1):

- leichte depressive Episode
- Femoropatellararthrose beidseits unter Betonung der rechten Seite
- Status nach diagnostischer Kniearthroskopie, Shaving und transpatellarer Anbohrung der Knorpelglatze rechts bei Femoropatellararthrose am 7. November 2006
- postoperative Beinvenenthrombose rechts
- chronische Lumbalgie ohne radikuläre Ausfälle
- keine Diskushernie oder Spinalkanalstenose
- chronische Zervikobrachialgie ohne radikuläre Ausfälle

Daneben nannten sie folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/41/18 Ziff. 5.2):

- Schmerzverarbeitungsstörung
- Asthma bronchiale
- fortgesetzter Nikotinabusus, circa 20 py
- Adipositas, BMI 33 kg/m<sup>2</sup>
- Hirsutismus ohne Hinweise auf Endokrinopathie

Nach erfolgter psychiatrischer Exploration führte Dr. N. \_\_\_ aus, das Ausmass der Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr

arbeiten zu können, liessen sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren. Es müsse eine psychische Überlagerung der geklagten Schmerzen angenommen werden. Diagnostisch handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die Beschwerdeführerin habe zum Zeitpunkt der Untersuchung weder an schweren psychosozialen noch an deutlichen emotionalen Belastungsfaktoren gelitten, so dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Es bestehe kein ausgeprägtes Rentenbegehren oder ein Aufmerksamkeits suchendes Verhalten, die Diagnose Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose) könne ebenfalls nicht gestellt werden. Die Beschwerdeführerin lebe alleine und besorge den Haushalt selbstständig. Bei den schwierigeren Haushaltsarbeiten erhalte sie Hilfe von ihren beiden Schwestern oder von Kolleginnen. In der Nacht könne sie schlecht schlafen, was sie hauptsächlich auf die Beschwerden zurückführe. Sie lebe getrennt von ihrem Ehemann und den Kindern, welche in ihrer Heimat seien. Sie besuche ihre Angehörigen jedoch und könne dabei stundenlange Carreisen trotz subjektiver, starker Beschwerden durchstehen. Wegen depressiver Verstimmungen sei sie in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Beschwerdeführerin sei überzeugt, hauptsächlich wegen ihren Schmerzen nicht mehr arbeiten zu können. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung sei die Prognose ungünstig (Urk. 6/41/10 Ziff. 4.1.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die leichte depressive Episode eingeschränkt. Eine mittelgradige oder schwere Störung liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei nicht suizidal und es lägen keine Konzentrationsstörungen vor. Hinweise auf unbewusste Konflikte seien nicht vorhanden. Es bestehe auch kein starker sozialer Rückzug. Schwere psychosoziale Belastungsfaktoren lägen nicht vor; daher könne es der Beschwerdeführerin zugemutet werden, ihrer häuslichen oder einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 80 % nachzugehen (Urk. 6/41/11 Ziff. 4.1.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf orthopädischer Ebene seien folgende Befunde objektivierbar: Der ebene Gang sei mitsamt der geprüften Varianten unauffällig. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine praktisch freie Beweglichkeit in sämtlichen Abschnitten, lediglich für Kopfbewegungen nach rechts bestehe endgradig eine geringe Verminderung. Vier von fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Am rechten Kniegelenk sei die Flexion deutlich vermindert und es würden beidseits Zeichen der Femoropatellararthrose mit Betonung der rechten Seite sowie eine Verkürzung des Streckapparates vorliegen. In den übrigen Abschnitten der unteren und oberen Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit bei allseits guter Kraftentfaltung (Urk. 6/41/15 Ziff. 4.2.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf neurologischer Ebene hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems gezeigt. So könnten eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervs ausgeschlossen werden. Die vorliegenden MR-Tomographien der LWS seien bis auf minime degenerative Veränderungen an den Zwischenwirbelgelenken LWK3/4 unauffällig, insbesondere fehle jeder Hinweis auf eine Neurokompression. Die Computertomographien des kraniozervikalen Übergangs zeigten eine Spornbildung im Bereich des medialen Okzipitalkondylus. Die heute angefertigten Röntgenaufnahmen

würden eine deutliche Femoropatellararthrose sowie beginnende degenerative Veränderungen im medialen Kompartiment rechts und unauffällige Verhältnisse im Femoropatellargelenk links zeigen (Urk. 6/41/16 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst könne gesagt werden, dass sich die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden durch die objektivierbaren Befunde und Bilddokumente nicht vollständig begründen liessen. Lumbal und zervikal bestanden geringgradige degenerative Veränderungen, welche grundsätzlich bei körperlichen höheren Belastungen zu Beschwerden führen könnten. Am rechten, weniger auch am linken Kniegelenk lägen dagegen deutliche degenerative Veränderungen sowie eine Verkürzung der Quadrizepsmuskulatur samt einer deutlichen Bewegungseinschränkung rechts vor. Nicht geklärt bleibe die Tatsache, dass es trotz langjähriger konservativer Therapie und weitgehender Schonung nicht zu einer deutlichen Schmerzreduktion gekommen sei. Es komme auch nicht klar zum Ausdruck, wie gross der Leidensdruck durch die somatischen Beschwerden effektiv sei, da die Beschwerdeführerin ausgerechnet am Untersuchungstag keine Analgetika zu sich genommen habe, obwohl die voraussehbare Belastung mit dem Anreisetag und der bevorstehenden körperlichen Untersuchung als überdurchschnittlich hoch zu betrachten sei. Insgesamt bestanden deutliche Anzeichen einer Ausweitung der Schmerzproblematik (Urk. 6/41/16 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus orthopädischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Office-Mitarbeiterin und in jeder anderen, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne übermässige Belastung der unteren Extremitäten eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollte dabei ebenso wie das Einnehmen der Hocke oder knieender Positionen vermieden werden. Aufgrund der Veränderungen an den Kniegelenken seien körperlich schwere Tätigkeiten ungeeignet und sollten der Beschwerdeführerin nicht zugemutet werden (Urk. 6/41/16 Ziff. 4.2.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. M. hielt weiter fest, die internistischen Diagnosen würden die Arbeitsfähigkeit nicht relevant einschränken. Da die Beschwerdeführerin durch ihren fortgesetzten Nikotinabusus der Schadenminderungspflicht bezüglich des von ihr angeführten Asthma bronchiale nicht nachkomme, könnten eventuelle asthmatische Beschwerden bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht einbezogen werden. Formal bestehe auch aufgrund der körperlich durchgeführten Untersuchung in der Pneumologie im Stadtspital H. kein nennenswerter Befund, der die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einschränken würde (Urk. 6/41/7 f. Ziff. 3.3, Urk. 6/41/19 Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit als Office-Mitarbeiterin und in anderen körperlich leichten bis mittelschwer belastenden Tätigkeiten festgestellt werden. Körperlich schwer belastende Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin nicht zumutbar (Urk. 6/41/19 Ziff. 6.2). Ferner bestehe aus somatischer Sicht keine Einschränkung im Haushalt. Die geringen Leistungseinbussen aus psychiatrischer Sicht wirkten sich im Haushalt bei freier Zeiteinteilung und in vertrauter Umgebung ebenfalls nicht aus. Eine leichte beziehungsweise mittelschwere Erwerbstätigkeit sei der Beschwerdeführerin neben dem Haushalt zumutbar (Urk. 6/41/19 Ziff. 6.4).

#### E. 4

4.1 Die Würdigung der medizinischen Berichte ergibt ein genügend klares Bild bezüglich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, so dass auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann.

4.2 Das P.\_\_\_\_-Gutachten vom 7. April 2008 mit orthopädischem, psychiatrischem und internistischem Teilgutachten beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin und setzt sich mit dieser und deren Verhalten umfassend auseinander. So wiesen die Gutachter unter anderem darauf hin, dass erhebliche Diskrepanzen zwischen der fachärztlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sowie deren Selbsteinschätzung beständen und legten dar, worauf diese zurückzuführen seien (Urk. 6/41/19 Ziff. 6.5). Die Beschwerdeführerin wurde sorgfältig abgeklärt. Das Gutachten leuchtet zudem in der Darlegung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Experten sind in nachvollziehbarer Weise begründet.

Das Gutachten wurde ferner in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Würdigung des Gutachtens ergibt, dass die Experten sich sorgfältig und umfassend mit dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt haben und schlüssig darzulegen vermochten, inwiefern die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Da das P.\_\_\_\_-Gutachten folglich sämtliche praxisgemässen Anforderungen vollumfänglich erfüllt (vgl. vorstehend Erw. 1.4-1.5), kann - insbesondere was die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit betrifft - darauf abgestellt werden.

Es ist demnach davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Office-Mitarbeiterin und in anderen körperlich leichten bis mittelschwer belastenden Tätigkeiten zu 80 % arbeitsfähig ist (Urk. 6/41/19 Ziff. 6.2).

4.3 Daran vermag auch die Beurteilung durch Dr. I.\_\_\_\_ nichts zu ändern, beruht doch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lediglich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, mithin deren eigenen Selbsteinschätzung. Daher stimmt auch die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, welche sich für gar nicht mehr arbeitsfähig hält, mit der durch Dr. I.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl in der angestammten als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit überein. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass zwischen der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. I.\_\_\_\_ und den Fachärzten des P.\_\_\_\_ eine erhebliche Diskrepanz besteht. Ein weiterer Grund dafür ist, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Dem darf und soll das Gericht Rechnung tragen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

Dr. J.\_\_\_\_ äusserte sich lediglich zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Dort sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 6/22 lit. D.7, Urk. 6/22/4). Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ führten bezüglich Arbeitsfähigkeit lediglich aus, eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht festgestellt worden (Urk. 6/19/6). Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ sowie Dr. K.\_\_\_\_ machten keinerlei Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

4.4. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Office-Mitarbeiterin und in anderen körperlich leichten bis mittelschwer belastenden Tätigkeiten zu 80 % arbeitsfähig ist. Körperlich schwer belastende Tätigkeiten sind ihr nicht mehr zumutbar.

## E. 5

5.1. Die Beschwerdeführerin ist bei der Invaliditätsbemessung als Teilerwerbstätige zu behandeln (vgl. vorstehend Erw. 2.3). Damit ist nach der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung vorerst die Invalidität im erwerblichen Bereich zu ermitteln. Nach der Rechtsprechung (vgl. vorstehend Erw. 1.3) ist die Einschränkung im erwerblichen Bereich nach der Methode des Einkommensvergleichs auf Grundlage der Teilerwerbstätigkeit, welche die Beschwerdeführerin ohne Behinderung ausüben würde (hier: 80 %), zu ermitteln. Diese Einschränkung im erwerblichen Bereich ist anschliessend bei der Festsetzung der Gesamtinvalidität nicht voll in Anschlag zu bringen, sondern gewichtet mit einem dem Teilarbeitspensum entsprechenden Anteil (hier: 80 %) zu berücksichtigen (BGE 125 V 152 Erw. 4 mit Hinweisen).

5.2. Bei der Ermittlung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Weiterentwicklung, soweit hierfür hinreichend konkrete Anhaltspunkte bestehen (Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums etc.), zu erwarten gehabt hätte (BGE 96 V 26). Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 101 Erw. 3b) beziehungsweise das an die branchenspezifische Nominallohnentwicklung angepasste frühere Einkommen (AHI 2000 S. 305 ff. Erw. 2c).

5.3. Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die Versicherte im Gesundheitsfall zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Haushalt tätig wäre.

Effektiv ist sie im Umfang der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 % im Erwerbsbereich eingeschränkt; sie verfügt somit noch über eine Restarbeitsfähigkeit von 80 %. Bezogen auf das Pensum von 80 % bedeutet die genannte Restarbeitsfähigkeit von 20 %, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Office-Mitarbeiterin nicht eingeschränkt ist. Damit erweist sich die durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung als korrekt (Urk. 2 S. 2), so dass diese nicht zu beanstanden ist.

Bei einem Anteil des erwerblichen Bereichs von 80 % ergibt dies anteilig einen Invaliditätsgrad von 0 %.

## 6. 6.1

6.1. Zur Beurteilung der Beeinträchtigung im Haushalt kann ebenfalls auf das überzeugende P.\_\_\_\_-Gutachten (vgl. Erw. 4.2) abgestellt werden. Aus somatischer Sicht besteht im Haushalt keine Einschränkung (Urk. 6/41/19 Ziff. 6.4). Bezüglich Femoropatellararthrose bestätigte dies auch Dr. J.\_\_\_\_ (Urk. 6/22/2 lit. D.7). Aus psychiatrischer Sicht würden sich die geringen Leistungseinbussen (Urk. 6/41/11 Ziff.

4.1.5) im Haushalt bei freier Zeiteinteilung und in vertrauter Umgebung nicht auswirken (Urk. 6/41/19 Ziff. 6.4). Dabei ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin durch den psychiatrischen Facharzt Dr. N.\_\_\_\_ untersucht wurde.

6.2. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von 0 % resultiert.

6.3. Damit ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

7. 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 auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- A.\_\_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- 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).

5. Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

6. 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.