

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01220 vom 9. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01220

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01220 du 9 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01220 del 9 giugno 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in

den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die 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).

1.2.2 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; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

E. 1.3

1.3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: 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).

1.3.2 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 (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 ter 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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 Ä Ä Ä Ä Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 2

2.1 Ä Ä Ä Ä Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin als teilerwerbstätige Hausfrau (mit einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 70 % und einem Anteil der Haushaltstätigkeit von 30 %) einzustufen und die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode vorzunehmen ist. Strittig und zu prüfen ist jedoch das Ausmass ihrer Einschränkung in der Erwerbstätigkeit.

2.2 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin machte geltend, laut dem F. ___-Gutachten sei für die angestammte Tätigkeit der Beschwerdegegnerin als Raumpflegerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei ihr jedoch zu 80 % im ausgebauten Pensum von 70 % zumutbar. Die Abklärung vor Ort habe ergeben, dass keine invaliditätsrelevante Einschränkung im Haushalt bestehe. Mit einem Pensum von 70 % könne die Beschwerdeführerin ohne Behinderung ein Einkommen von Fr. 52'054.-- und mit Behinderung ein solches von Fr. 40'222.-- erwirtschaften, was einer Einschränkung von 23 % entspreche. Im Haushaltsbereich sei von einer Einschränkung von 28 % auszugehen. Der Gesamtinvaliditätsgrad belaufe sich auf 28 % (Urk. 2).

2.3 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, die psychiatrische Befragung für das F. ___-Gutachten vom 23. Oktober 2007 habe nur 30 Minuten gedauert, was keine

ernsthafte Begutachtung und korrekte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ermöglicht habe. Der Wertung durch das F.____ ständen die Beurteilungen der behandelnden Ärzte und Kliniken entgegen, welche sowohl aus rheumatologischer als auch psychischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % festgestellt hätten (Urk. 1 S. 3). Zudem sei ihr ein Leidensabzug von 20 % zuzusprechen (Urk. 1 S. 4).

E. 3.1

3.1.1.1 Die Hausärztin, Dr. D.____, führte in ihrem Bericht vom 6. März 2006 (Urk. 10/7) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine tiefe Beinvenenthrombose links bis zur Vena iliaca externa unterhalb der Bifurkation, eine Depression, rezidivierende Varikophlebitiden links, eine rezidivierende Beinvenenthrombose rechts, eine heterozygote Prothrombin Mutation, ein plantarer Fersensporn, erhebliche degenerative Veränderungen L4/5 und L5/S1, eine degenerative Einengung der Neuroforamina, eine Beeinträchtigung der hier abgehenden Nervenwurzel L5 links, eine Spondylose, eine Thrombose des linken Armes sowie eine Venenthrombose der Venen brachialis auf Höhe des Ellbogens und interossea bis auf Höhe des Handgelenks auf (Urk. 10/7/1). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei sich verschlechternd (Urk. 10/7/2). Seit dem 14. März 2005 bis auf Weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/7/1).

3.1.2.1 Dr. E.____ erhob in seinem Gutachten vom 6. September 2006 (Urk. 10/16) ein postthrombotisches Syndrom links mit massig ausgeprägter Abstrombehinderung und Reflux in poplitealen und femoralen Leitvenen, eine venöse Drainagestörung aus beiden Beinen bei Kompression der Beckenvene durch einen Uterus myomatosus, eine Heterozygote Faktor II Mutation, ein nicht definiertes psychiatrisches Zustandsbild sowie Adipositas (Urk. 10/16/3). Die Befragung und Untersuchung der Beschwerdeführerin seien unvollständig wegen fehlender Kooperation. Es sei deswegen nicht möglich, Beschwerden und Befunde zu vergleichen. Immerhin könne er mit Sicherheit sagen, dass die multiplen Beschwerden phlebologisch nicht erklärt werden können. Aufgrund der Erfahrung bedinge ein postthrombotisches Syndrom im klinischen Ausmass, wie es bei der Beschwerdeführerin bestehe, keine Arbeitsunfähigkeit im Beruf einer Hausfrau, Haushaltangestellten oder Putzfrau. Die von Dr. D.____ seit dem 14. März 2005 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei mit dem aktuell dokumentierten phlebologischen Problem nicht begründet (Urk. 10/16/4). Die angestammte Tätigkeit als Reinigerin könne ganzjährig erfolgen und bedürfe nur bedingt einer Anpassung. Eine solche wäre notwendig, wenn die Arbeit dauerndes Stehen auf einer kleinen Fläche oder langes Sitzen erforderte, in grosser Hitze erfolgte oder keine Möglichkeit zu gelegentlicher Bewegung beinhaltete. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt sehe er aus phlebologischer Sicht nicht. Bezüglich der Bedeutung eventueller psychiatrischer Diagnosen könne er keine Angaben machen (Urk. 10/16/5).

3.1.3.1 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht an Dr. D.____ vom 31. Juli 2007 (Urk. 3/3) eine mittel- bis schwergradige depressive Störung (ICD-10 F32.11, F32.2) auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeit (ICD-10 F60.6), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) bei Status nach wiederholten Thrombophlebitis-Attacken. Der Zustand habe sich chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Aus psychiatrischer Sicht halte er sie für voll arbeitsunfähig. Die Prognose sei ungünstig. Es müsse auch weiter mit einer lang dauernden Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem an das H.____ gerichteten Äberweisungsbericht vom 1. Juli 2008 (Urk. 3/2) fÄhrte Dr. I.____ die bereits gestellten Diagnosen auf. ZusÄtzlich erwÄhnte er ein chronifiziertes Schmerzsyndrom. Die bisherige Therapie habe keine Besserung gebracht, weshalb eine Rehabilitationsbehandlung angezeigt sei.

3.1.4Ä Ä Im Gutachten des F.____ vom 23. Oktober 2007 (Urk. 10/21) wurden unter dem Titel ÄDiagnosen mit Einfluss auf die ArbeitsfÄhigkeitÄ (1) ein chronisch rezidivierendes Zervikalsyndrom mit Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien beidseits (ICD-10 M54.2) bei/mit Dysbalancen der SchultergÄrtelmuskulatur, (2) ein chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom mit ischialgieformer Ausstrahlung beidseits (ICD-10 M54.5) bei/mit myostatischer Insuffizienz mit entsprechenden muskuloligamentÄren Äberlastungsreaktionen, Osteochondrose und Spondylose, (3) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie (4) ein postthrombotisches Syndrom links (ICD-10 I87.2) bei Status nach rezidivierenden Venenthrombosen, mit heterozygoter Faktor II-Mutation, bei Status nach Kompression der Beckenvenen durch Uterus myomatosus, und unter dem Titel ÄDiagnosen ohne Einfluss auf die ArbeitsfÄhigkeitÄ eine SchmerzverarbeitungsstÄrung (ICD-10 F54), ein plantarer Fersensporn rechts (ICD-10 M77.3), Adipositas (BMI 33kg/m²) (ICD-10 E66.0) sowie eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) erhoben (Urk. 10/21/17). Aus rheumatologischer Sicht bestehe fÄr die zuletzt ausgeÄbte TÄtigkeit als Raumpflegerin eine 100%ige ArbeitsunfÄhigkeit seit dem 14. MÄrz 2005, wie von der HausÄrztin attestiert. Insbesondere die somatischen Untersuchungen seien wegen der mangelnden Kooperation der Explorandin und dem aktiven Muskelgegenspannen erschwert gewesen. Aufgrund der objektivierbaren Befunde von Seiten des Bewegungsapparates bestehe fÄr eine kÄrperlich leichte, wechselbelastende TÄtigkeit eine ArbeitsfÄhigkeit von 80 %. Die Äber die objektivierbaren somatischen Befunde hinausgehenden subjektiven Beschwerden kÄnnten mit der SchmerzverarbeitungsstÄrung erklÄrt werden. Diese habe, wie bei der psychiatrischen Untersuchung festgestellt worden sei, keinen Einfluss auf die ArbeitsfÄhigkeit. ZusÄtzlich bestehe aber noch eine leichte depressive Episode, welche die ArbeitsfÄhigkeit aus psychiatrischer Sicht um 20 % vermindere. Die ArbeitsunfÄhigkeit aus psychiatrischer und aus somatischer Sicht wirkten sich nicht kumulativ auf die gesamte ArbeitsfÄhigkeit aus. FÄr die zusÄtzlich notwendigen Pausen und das langsamere Arbeitstempo kÄnnten dieselben ZeitrÄume genutzt werden. Die weiteren internistischen Diagnosen und Befunde wirkten sich nicht zusÄtzlich auf die ArbeitsfÄhigkeit aus. Anhaltend nur schwere TÄigkeiten seien aufgrund der chronisch venÄsen Insuffizienz ungeeignet. Aus polydisziplinÄrer Sicht stellten die Gutachter fest, dass die BeschwerdefÄhrerin fÄr eine kÄrperlich angepasste, leichte TÄtigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfÄhig sei, was vollschichtig realisiert werden kÄnne. Bei der Arbeit im Haushalt mÄssten auch mittelschwere TÄigkeiten verrichtet werden. DafÄr bestehe eine mÄgliche freie Zeiteinteilung. Die ArbeitsunfÄhigkeit im Haushalt sei daher etwa gleich einzuschÄtzen wie diejenige fÄr eine leichte ErwerbstÄtigkeit, so dass fÄr die HaushaltstÄtigkeit eine ArbeitsunfÄhigkeit von 20 % angenommen werden kÄnne. Eine adaptierte ErwerbstÄtigkeit sei der BeschwerdefÄhrerin bis zu einem Pensum von 80 % neben dem Haushalt zumutbar (Urk. 10/21/18).

3.1.5Ä Ä Dr. G.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 17. Juni 2008 zuhanden von Dr. D.____ (Urk. 10/40) ein Panvertebralsyndrom, eine zervikothorakolumbale Skoliose bei BeinlÄngendifferenz (links ca. 1.5 cm lÄnger), ein zervikozephalisches Syndrom, eine

schwere degenerative Veränderung der Lendenwirbelsäule, eine Spondylolisthesis L4/L5, eine lumbosakrale Übergangsstörung, eine Haltungsinsuffizienz, eine muskuläre Dysbalance sowie Adipositas (Urk. 10/40/1). Weiter leide die Beschwerdeführerin unter einem Reiz-/Knickfuss bei Hallux valgus sowie einer Arthrose des Grosszehen-Grundgelenkes und einer leichten Arthrose des talonavicularen Gelenkes. Ferner bestehe ein Fersensporn rechts. Betreffend die Rückenproblematik empfahl er therapeutische Massnahmen in Form von intensiver Physiotherapie mit stabilisierender Gymnastik, core-stability, Haltungstherapie, Kräftigung und Rückenschule; ferner physikalische Therapie, Fango, Elektrotherapie usw. Bezüglich der Fussproblematik rechts verordnete er der Beschwerdeführerin orthopädische Massschuhe (Urk. 10/40/2). Der Bericht enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit.

3.1.6. Im Bericht des H. ___ vom 28. August 2008 an Dr. I. ___ (Urk. 3/1) wurden in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert. Die rheumatologischen Diagnosen entsprechen denjenigen, welche Dr. G. ___ in seinem Bericht vom 17. Juni 2008 festgehalten hatte (Urk. 10/40). Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert, in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend, sachlich, passiv im Spontanverhalten. Die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert, affektiv adäquat kontrolliert. Im Gesprächsverlauf sei die Beschwerdeführerin verbal wortkarg, schildere ihr Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit den zunehmenden Schmerzen. Kognitiv sei sie in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis deutlich verlangsamt. Das Denken sei formal unbeweglich und inhaltlich problemzentriert. Es beständen keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen). Anamnestisch habe sie deutliche Suizidgedanken/-wünsche, jedoch keine konkreten Ausführungspläne im Moment. Aktuell bestehe keine akute Suizidalität. Aufgrund des protrahierten Verlaufs sei eine ambulante tagestherapeutische Rehabilitationsbehandlung indiziert. Sowohl die Rehabilitationsbedürftigkeit als auch die Rehabilitationsfähigkeit seien gegeben. Die Rehabilitationsprognose werde als gut eingeschätzt.

3.1.7. Die Abklärungsperson kam in ihrem Abklärungsbericht vom 4. April 2008 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich zu 38,25 % eingeschränkt sei (Urk. 10/23/6).

E. 3.2

3.2.1. Das Gutachten des F. ___ vom 23. Oktober 2007 (Urk. 10/21) basiert auf internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen schlüssig begründet. Dem Gutachten des F. ___ vom 23. Oktober 2007 kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.4).

3.2.2. Im Gesamtgutachten des F. ___ vom 23. Oktober 2007 wird nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und

Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus somatischer Sicht nicht vollständig erklärbar werden können. So zeigte sich anlässlich der von Dr. med. J.____, FMH Innere und Allgemeine Medizin, am 6. August 2007 durchgeführten internistischen Untersuchung ein im Wesentlichen unauffälliger internistischer Status, wobei Dr. J.____ vermerkte, dass die Untersuchung am Bewegungsapparat sich schwierig gestaltet habe, da die Beschwerdeführerin gegengespannt und wenig kooperativ mitgemacht habe. Beim Gang ins Untersuchungszimmer über eine Treppe habe sie nach Besteigen der ersten Stufe Schwindel angegeben und nicht mehr weitergehen können, obwohl sie vorher auf der Strasse sich nur leicht hinkend bewegt habe. Auch die Laboruntersuchung ergab unauffällige Werte (Urk. 10/21/8). Sodann stellte Dr. med. K.____, Fachärztin für Rheumatologie, fest, die Beschwerden seien ohne Hinweise für ein radikulares oder pseudoradikulares Geschehen (Urk. 10/21/15). Zudem erwähnte sie, die rheumatologische Untersuchung vom gleichen Tag sei gekennzeichnet gewesen durch eine zum Teil deutliche Abwehrhaltung während der ganzen Untersuchung. Die Beschwerdeführerin habe muskulär bewusst dagegen gespannt, wobei die Beweglichkeit bei unbewussten Bewegungen sehr viel grösser gewesen sei. Teilweise habe sich dieser bewusste Widerstand umgehen lassen. So sei zum Beispiel der Lasäuge im Liegen aufgrund des massiven Widerstandes der Beschwerdeführerin nicht prüfbar, der Lasäuge im Sitzen jedoch beidseits bis 90° negativ. Aufgrund der fehlenden Kooperation im Rahmen der Untersuchung sei es nicht möglich, die objektiven Befunde, wie die deutlichen degenerativen Veränderungen im Lumbalbereich sowie die nachweisbaren muskulären Verspannungen im Schulter-Nackengebiet, zu werten. Eine Willensanstrengung zur Verbesserung der körperlichen Situation sei bei der Beschwerdeführerin nicht zu erkennen. Zusammenfassend bestehe aus rheumatologischer Sicht ein chronisches Schmerzsyndrom mit Schmerzverarbeitungsstörung bei deutlichen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule sowie einer myostatischen Insuffizienz mit entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen. Die objektivierbaren Befunde erklärten nicht die ausgeprägte Schmerz- und Behinderungsüberzeugung und vor allem auch nicht eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht (Urk. 10/21/16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Feststellungen von Dr. K.____ stehen mit den von ihr erhobenen detaillierten rheumatologischen und kursorischen neurologischen Befunden (Urk. 10/21/13-15) sowie auch mit der Einschätzung von Dr. E.____ (Urk. 10/16/3-4) in Einklang. Gleiches gilt für ihre Beurteilung, wonach der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr, jedoch eine leichte Tätigkeit im Wechselrhythmus zu 80 % zumutbar ist, wobei sich die Leistungseinbusse von 20 % aus der Notwendigkeit des Einschaltens von Pausen und Erholungsphasen im Rahmen der Schmerzverarbeitungsstörung ergibt, und bezüglich der Haushaltstätigkeit bei freier Zeiteinteilung eine maximale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % besteht. Sie erscheint deshalb überzeugend.

3.2.3 Ä Die im Gesamtgutachten vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht basiert auf den Erhebungen von Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 6. August 2007 (Urk. 10/21/8-12). Dieser stellte fest, dass es sich diagnostisch um eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) handle (Urk. 10/21/10). Im Vorfeld der

Schmerzverarbeitungsstörung und zum Zeitpunkt der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin nicht unter starken psychosozialen oder deutlichen emotionalen Belastungssituationen gelitten, und es habe auch kein ausgeprägtes aufmerksamkeitssuchendes Verhalten bestanden, so dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Es handle sich auch nicht um ein ausschliessliches Rentenbegehren. Bei der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine nach aussen gerichtete, demonstrative Beschwerdeschilderung mit diffuser Schmerzproblematik gezeigt. Aufgrund ihrer Beschwerden ziehe sie sich in die Familie zurück. Sie verrichte praktisch keine Haushaltsarbeiten. Diese würden von der Familie, vor allem von der im gleichen Haus lebenden Schwiegertochter verrichtet. Dadurch erhalte sie auch Zuwendung, was im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns ihr regressives Verhalten verstärke. Ausserhalb der Familie habe sie praktisch keine Kontakte. Sie erhalte eine antidepressive Medikation und sei auch in psychiatrischer Behandlung bei Dr. I. _____. Die Antidepressiva nehme sie aber kaum ein, wie aufgrund des Medikamentenspiegels geschlossen werden müsse. Zur Zeit stehe diagnostisch eine leichte depressive Episode mit Schlafstörungen und Antriebsstörung im Vordergrund. Dadurch sei sie in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 20 % eingeschränkt. Eine mittelgradige oder gar schwere depressive Störung liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei nicht suizidal, Konzentrationsstörungen seien nicht deutlich vorhanden, habe sie sich doch im Untersuchungsgespräch gut konzentrieren können. Es bestehe zwar ein sozialer Rückzug in die Familie, innerhalb dieser habe sie aber gute Kontakte, ein emotionaler Rückzug sei nicht ausgeprägt. Schwere psychosoziale oder deutlich emotionale Belastungssituationen beständen nicht. Es handle sich nicht um eine somatoforme Schmerzstörung (Urk. 9/47/10). Auch eine Panikstörung und eine Persönlichkeitsstörung lägen nicht vor. Für die Diagnose der Panikstörung müssten innerhalb eines Monats mehrere schwere Angstzustände mit vegetativen Symptomen unabhängig von spezifischen Situationen oder besonderen Umständen auftreten, was bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall sei. Gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche neben dem Fehlen von Symptomen vor allem auch die vor der Erkrankung normale berufliche und familiäre Sozialisation. Die Beschwerdeführerin zeige eine ausgeprägte Selbstlimitierung. Ihr seien durchaus gewisse Arbeiten im Haushalt zumutbar. Sie besorge beispielsweise kleine Einkäufe selbstständig. Sie habe bisher auch gar keine Versuche unternommen, wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, vielmehr sei sie anhaltend gänzlich krank geschrieben. Die therapeutischen Möglichkeiten seien ausserdem nicht ausgeschöpft. Trotz nächtlicher Schlafschwierigkeiten, welche im Übrigen auch dadurch bedingt seien, dass die Beschwerdeführerin am Tag keiner regelmässigen Beschäftigung nachgehe und sich auch hinlege (Urk. 10/21/10), versuche sie, schlafhygienische Massnahmen nicht umzusetzen, und erhalte sie auch kein stärker sedierendes Antidepressivum. Nicht einmal die verordneten Antidepressiva nehme sie regelmässig ein, wie aufgrund der Medikamentenspiegel geschlossen werden müsse (Urk. 10/21/11-12). Deshalb könne es ihr aus psychiatrischer Sicht auch zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 80 % nachzugehen (Urk. 10/21/11).

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, es sei fraglich, wie das F. ____ innerhalb einer Exploration von nur gerade 30 Minuten Dauer eine ernsthafte Begutachtung habe durchführen und die Arbeitsfähigkeit korrekt einschätzen

kÄ¶nnen. Zudem hÄ¶tten die behandelnden Ä¶rzte (Dr. D.____, Dr. I.____ und die Ä¶rzte des H.____) im Gegensatz zum F.____ bestÄ¶tigt, dass die BeschwerdefÄ¶hrerin aufgrund ihrer Beschwerden nicht arbeitsfÄ¶hig sei. Dr. I.____ habe eine mittelgradige depressive StÄ¶rung mit somatischen Symptomen sowie eine PanikstÄ¶rung festgestellt. Die Ä¶rzte des H.____ hÄ¶tten unter anderen auch die mittelgradige Episode und eine anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¶rung diagnostiziert (Urk. 1 S. 3).

Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Dazu ist zu bemerken, dass von der Dauer der Untersuchung nicht auf die ZuverlÄ¶ssigkeit der Ä¶rztlichen Stellungnahme geschlossen werden kann (Urteil des EidgenÄ¶ssischen Versicherungsgerichtes vom 20. Januar 2006 in Sachen F., I 748/05, Erw. 2.2.4). Die Argumentation in der Beschwerde lÄ¶sst sodann die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag ausser Acht: hier die - glaubhaft geschilderten persÄ¶nlichen NÄ¶hte und Ä¶ngste - auffangende Haltung der behandelnden Psychiater, dort die notwendigerweise auch kritische Auseinandersetzung durch den psychiatrischen Experten. Die BeschwerdefÄ¶hrerin verkennt den Unterschied zwischen Krankheit und InvaliditÄ¶t in dem Sinne, dass auch einer kranken Person die Selbsteingliederung durch Wiederaufnahme einer ErwerbstÄ¶tigkeit obliegt, soweit und solange ihr dies aus Ä¶rztlicher Sicht zumutbar ist (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 10. Dezember 2009 in Sachen B., 9C_919/2009, Erw. 3). Im Ä¶brigen sagt die Diagnose allein noch nichts darÄ¶ber aus, ob eine InvaliditÄ¶t im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG vorliegt. Vielmehr muss in jedem Einzelfall eine dauernde BeeintrÄ¶chtigung der ErwerbsfÄ¶higkeit unabhÄ¶ngig von der Diagnose und grundsÄ¶tzlich unbesehen der Ä¶tiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 129 V 298 Erw. 4.c).

Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Dr. L.____ vom F.____ hat sich mit den im Zeitpunkt der Begutachtung vorliegenden Berichten von Dr. MÄ¶ller vom 6. MÄ¶rz 2006 (Urk. 10/7) und Dr. I.____ vom 31. Juli 2007 (Urk. 3/3) auseinandergesetzt und nachvollziehbar begrÄ¶ndet, warum er die darin enthaltenen Diagnosen einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode bei Ä¶ngstlicher PersÄ¶nlichkeitsstÄ¶rung und PanikstÄ¶rung und deren Beurteilung der ArbeitsfÄ¶higkeit nicht bestÄ¶tigen kann (Urk. 10/21/11, Urk. 10/21/19). Aufgrund des von ihm erhobenen vollstÄ¶ndigen Psychostatus ("... Die Schilderung ihrer kÄ¶rperlichen Beschwerden waren diffus. Neben ihren Schmerzen klagte sie Ä¶ber die angespannte finanzielle Situation. Der affektive Kontakt zum Untersucher war gut. Die Stimmung war depressiv. Die affektive ModulationsfÄ¶higkeit war etwas eingeschrÄ¶nkt. Sie sprach mit fester Stimme, Mimik und Gestik waren ausgeprÄ¶gt. WÄ¶hrend des ganzen GesprÄ¶ches blieb sie in ihrer klagenden Haltung. Wiederholt rieb sie sich das schmerzende rechte Knie. Sie stand auch auf im GesprÄ¶ch und ging umher, um sich so Linderung von ihren Schmerzen zu verschaffen. Sie fasste sich dabei mit beiden HÄ¶nden in die schmerzende HÄ¶fte. Sie war allseits orientiert und bewusstseinsklar. Vegetative Symptome waren nicht erkennbar. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das GedÄ¶chtnis waren nicht beeintrÄ¶chtigt. Das Denken war formal unauffÄ¶llig, inhaltlich standen depressive Gedanken im Vordergrund. Wahnhafte StÄ¶rungen, SinnestÄ¶uschungen, Halluzinationen und Ich-StÄ¶rungen waren nicht vorhanden." [Urk. 10/21/9-10]) ist in der Tat nicht ersichtlich, weshalb die BeschwerdefÄ¶hrerin aus psychischen GrÄ¶nden zu mehr als 20 % in ihrer ArbeitsfÄ¶higkeit beeintrÄ¶chtigt sein sollte.

Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Bei den StÄ¶rungen gemÄ¶ss ICD-10 F50-59 handelt es sich um VerhaltensauffÄ¶lligkeiten in Verbindung mit kÄ¶rperlichen StÄ¶rungen und Faktoren.

Die Kategorie 54 beinhaltet psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; sie sollte verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, Ängstliche Erwartung) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 17. September 2009 in Sachen K., 8C_567/2009, Erw. 5, mit Hinweis; Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Kodifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 5. Auflage, Bern 2005, S. 219). Die von Dr. L.____ attestierte Schmerzverarbeitungsstörung (F54) stellt somit eine Verhaltensauffälligkeit und nicht ein psychisches Leiden mit Krankheitswert dar. Leichte depressive Episoden sind sodann praxisgemäss grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 8. Mai 2007 in Sachen M., I 905/06, Erw. 3.2 mit Hinweisen).

Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass somatoforme Schmerzstörungen gemäss ICD-10 F45.4 rechtsprechungsgemäss unter die psychischen Leiden mit Krankheitswert fallen; sie sind aus rechtlicher Sicht Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes gelten anhaltende somatoforme Schmerzstörungen sowie damit vergleichbare pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände (BGE 132 V 393 Erw. 3.2 S. 399; Urteil I 683/06 vom 29. August 2007, Erw. 2.2) in der Regel als nicht in rentenbegründendem Ausmass invalidisierend, sondern nur ausnahmsweise, bei Hinzutreten näher umschriebener qualifizierender Voraussetzungen (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 24. April 2007 in Sachen K., I 1000/06, Erw. 5 mit Hinweisen; vgl. Erw. 1.1). Geht man mit den Ärzten und Fachpersonen des H.____ (Urk. 3/1) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 besteht, wäre diese jedenfalls nicht als invalidisierend zu betrachten. Eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), wie sie von Dr. L.____ bescheinigt wurde, erfüllt das in diesem Zusammenhang zu berücksichtigende Kriterium der psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 S. 354) nicht (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 17. September 2009 in Sachen K., 8C_567/2009, Erw. 5). Das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinns ist, wie Dr. L.____ nachvollziehbar darlegte (Urk. 10/21/10), zu verneinen. Hingegen geht aus dem Gutachten des F.____ unmissverständlich hervor, dass bei der Beschwerdeführerin ein ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn vorliegt. Ein solcher ist rechtlich jedoch unbeachtlich (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 86). Auch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens besteht nicht, pflegt die Beschwerdeführerin doch familiäre Kontakte. Beim Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten

oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin bis zur Exploration durch Dr. L. ___ nicht einmal die verordneten Antidepressiva regelmässig einnahm (Urk. 10/21/11) und sich erst nach Verfügungserlass am 22. Oktober 2008 vom 6. Mai bis 2. Juli 2009 im H. ___ in eine ambulante Behandlung begab. Einer stationären Behandlung unterzog sich die Beschwerdeführerin indessen nie. Ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit im Wesentlichen unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung liegt zwar vor; nach dem Gesagten genügt dies insgesamt jedoch nicht, um aus rechtlicher Sicht von einer Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 S. 51 oben).

Die von Dr. L. ___ vorgenommene, im Rahmen des Gesamtgutachtens übernommene Einschätzung, wonach aus psychischen Gründen für sämtliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % besteht, trägt der psychischen Problematik somit jedenfalls äusserst grosszügig Rechnung.

3.2.4 Wie die Gutachter zu Recht bemerken (Urk. 10/21/18), sind die rheumatologischen und psychiatrischen Einschränkungen nicht zu addieren. Denn beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen überschneiden sich deren erwerbliche Auswirkungen in der Regel, so dass jedenfalls eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade nicht zulässig ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 30. Juni 2006 in Sachen R., I 904/05, Erw. 3.4 mit Hinweis).

3.2.5 Die im Rahmen des Gesamtgutachtens vorgenommene Einschätzung, wonach für die bisherige Tätigkeit keine und für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit besteht, erscheint deshalb überzeugend.

E. 3.3

3.3.1 Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte enthalten, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin, keine Angaben, welche die im F. ___-Gutachten gemachten Feststellungen zu widerlegen vermögen.

Im Zusammenhang mit den nach Abschluss des Schriftenwechsels eingereichten Arztberichten (Urk. 13, Urk. 18, Urk. 21, Urk. 24) ist vorweg festzuhalten, dass das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 22. Oktober 2008, Urk. 2) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 130 V 445 Erw. 1.2, 129 V 4 Erw. 1.2, 129 V 169 Erw. 1, 129 V 356 Erw. 1, je mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss sind diese Unterlagen vorliegend nur insoweit zu berücksichtigen, als sie etwas zur Feststellung des rechtlich massgebenden Sachverhalts im Zeitraum bis zum 22. Oktober 2008 beizutragen vermögen (RKUV 1985 Nr. K 646 S. 239 Erw. 3b = ZAK 1986 S. 190 Erw. 3b; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 194).

Weiter ist zu beachten, dass bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärzte rechtsprechungsgemäss berücksichtigt werden darf und soll, dass deren Beurteilung mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten der Patienten ausfällt. Berichte behandelnder Ärzte können ein Gutachten zwar dann in Frage stellen und zumindest Anlass für weitere Abklärungen geben, wenn darin nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder

ungewöhnlich geblieben sind und bei deren Berücksichtigung sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 24. Juni 2009 in Sachen G., 9C_276/2009, Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

3.3.2.2 Weder in den Berichten von Dr. I. ___ vom 31. Juli 2007 und vom 1. Juli 2008 (Urk. 3/3 und Urk. 3/2) noch im Bericht des H. ___ vom 28. August 2008 (Urk. 3/1) finden sich nach dem Gesagten solche Aspekte. Der Bericht von Dr. I. ___ vom 31. Juli 2007 lag den Gutachtern des F. ___ vor (Urk. 10/21/11-12), und sie haben sich, soweit dieser eine abweichende Beurteilung enthält, auch dazu geäußert. Im Bericht vom 1. Juli 2008 beschränkte sich Dr. I. ___ auf die Wiedergabe der bereits im Bericht vom 31. Juli 2007 erhobenen Diagnosen, ohne diese auf objektive Befunde gestützt zu haben. Die von den Ärzten des H. ___ im Bericht vom 28. August 2008 (Urk. 3/1/2) beschriebenen Befunde gehen nicht über das hinaus, was nicht auch die Gutachter des F. ___ ersehen haben. Wenn sie im Unterschied zu den F. ___-Gutachtern eine mittelgradige anstelle einer leichten depressiven Episode attestierten, handelt es sich lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes oder deutet auf eine vorübergehende und nicht gewichtige und anhaltende Veränderung des Gesundheitszustandes hin. Auf jeden Fall hinderte es die Beschwerdeführerin nicht daran, mit gutem Willen einer angepassten Tätigkeit nachzugehen. Nichts anderes sagten im Übrigen auch die Ärzte des H. ___, empfahlen sie der Beschwerdeführerin doch ein ambulantes Rehabilitationsprogramm mit dem Ziel eines besseren Copings und einer Problem- und Krankheitsverarbeitung mittels unter anderem vermehrter Bewegung durch Ergo-, Physio- und Sporttherapie (Urk. 3/1 S. 3). Betreffend die von der Beschwerdeführerin nach Abschluss des Schriftenwechsels eingereichten Berichte des H. ___ und von Dr. G. ___ (Urk. 13, Urk. 18, Urk. 21, Urk. 24) ist auszuführen, dass diesen nichts entnommen werden kann, was zur Feststellung des rechtlich massgebenden Sachverhaltes im Zeitraum bis zum 22. Oktober 2008 beitrage. In den Verlaufsberichten des H. ___ vom 26. Februar 2009 (Urk. 13) und vom 6. August 2009 (Urk. 18) wird bei unveränderten Befunden und Diagnosen der gleiche Gesundheitszustand beschrieben wie bereits im Bericht vom 28. August 2008 (Urk. 3/1). Zusätzlich kann dem Bericht vom 6. August 2009 (Urk. 18) entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin in der achtwöchigen tagesklinischen Rehabilitationsbehandlung gerne am Gruppensport teilgenommen hat und in diesem Rahmen diverse Sportarten (Aerobic, Gymnastik, Ausdauer- und Krafttraining, Gruppen- und Ballspiele, Schwimmen, Aquafit) ausüben vermochte (Urk. 18 S. 3). Wenn nun die Ärzte des H. ___ im Bericht vom 10. Februar 2010 (Urk. 21) von einem seit November 2008 weiter verschlechterten Gesundheitszustand ausgehen, aufgrund dessen die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sein soll (Urk. 21 S. 2), setzen sie sich in Widerspruch zu ihren früheren Berichten und bestätigen die bereits von den Gutachtern eingehend darlegte, ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung. Dr. G. ___ äusserte sich im Bericht vom 17. Juni 2008 (Urk. 10/40) nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Im Bericht vom 22. November 2008 (Urk. 6) attestierte er der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, was mit der Einschätzung der Gutachter des F. ___ übereinstimmt. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit hielt er fest, dass diese mit einem sogenannten Leistungstest geprüft und beurteilt werden müsste. Daraus ist zu schliessen, dass auch er die Beschwerdeführerin grundsätzlich für arbeitsfähig hielt.

einem Stundenlohn von Fr. 18.60 beschäftigt. Auf ein Jahr hochgerechnet ergibt dies 494 (4,75 x 2 x 52) Stunden zu Fr. 18.60 und damit einen Jahresverdienst von Fr. 9'188.40. Effektiv hatte die Beschwerdeführerin im Jahre 2003 Fr. 9'506.35, 2004 Fr. 9'044.45 und 2005 Fr. 7'542.95 erzielt (vgl. Arbeitgeberbericht, Urk. 10/6/2, sowie IK-Einträge, Urk. 10/3/2). Für die C.____ war die Beschwerdeführerin während 20 Stunden pro Woche zu rund Fr. 18.-- tätig. Das führt zu 1'040 (20 x 52) Stunden pro Jahr und damit zu einem Jahreseinkommen von rund Fr. 18'720.--. Gemäss Lohnkonto hatte die Beschwerdeführerin im Jahr 2005 brutto Fr. 17'304.75 erzielt (Urk. 10/5/8). Beide Betriebe haben eine Wochenarbeitszeit von 42 Stunden und damit von 2'184 Stunden pro Jahr. Wie dargetan, war die Beschwerdeführerin für beide Betriebe während 494 Stunden bzw. 1'040 Stunden tätig, zusammen somit 1'534 Stunden, was in Bezug zur Normalarbeitszeit von 2'184 Stunden pro Jahr einer Beschäftigung von 70 % entspricht. Damit hätte sie im Jahr 2006 bei den beiden Betrieben aufgerundet Fr. 28'000.-- erzielen können. Von diesem hypothetischen Valideneinkommen ist beim Einkommensvergleich auszugehen.

5.2.2.2 Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) beschäftigte Frauen im Jahre 2006 im privaten Sektor von Fr. 4'019.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2006 TA1 Seite 25), aufgerechnet auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahre 2006 (vgl. die Volkswirtschaft 1/2-2010, Tabelle B9.2 Seite 94), ergibt einen monatlichen Verdienst von Fr. 4'189.80 resp. einen Jahresverdienst von Fr. 50'277.60 (= Fr. 4'189.80 x 12). Bei einem Beschäftigungsumfang von 70 % resultiert entgegen der Berechnung der Beschwerdegegnerin, welche von einem 80%igen anstelle eines 70%igen Beschäftigungsgrades ausging, ein Jahreseinkommen von Fr. 35'194.30 (= 0,7 x Fr. 50'277.60). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4) ist kein Leidensabzug gerechtfertigt, da in der medizinisch attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 % die lohnmindernde gesundheitsbedingte Einschränkung bereits berücksichtigt worden ist. Weitere persönliche und berufliche Merkmale der Beschwerdeführerin wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität, Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad (vgl. BGE 126 V 75) geben keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin ihre gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten konnte (vgl. aber Erw. 5.3). Allfällige Schwierigkeiten bei der Integration in den Arbeitsmarkt sind irrelevant.

5.3 Bei der Gegenüberstellung der massgeblichen Einkommen ergibt sich, dass der Tabellenlohn mit Fr. 35'194.30 rund 20 % höher ist, als das für 2006 ermittelte Valideneinkommen, welches im Sinne der Parallelisierung auf den Tabellenlohn anzuheben ist, indes zu keiner Einbusse im Erwerblichen führt.

Da sich der Gesundheitsschaden nur im Haushaltsbereich auswirkt, ergibt sich ein massgeblicher Invaliditätsgrad von insgesamt (mathematisch gerundet) 11 %.

5.4 Die Beschwerdegegnerin hat demnach einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung im Ergebnis zu Recht verneint (Art. 28 Abs. 2 IVG), weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese 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 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.