

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00074 vom 28. Oktober 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-10-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00074](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00074)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00074 du 28 octobre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00074 del 28 ottobre 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1. 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 (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Der angefochtene Einspracheentscheid ist am 8. Dezember 2008 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verurteilt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C\_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

Die 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 Schmerzstellung, 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 Schmerzstellung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstellung 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).

1.3 Ist eine versicherte Person zu mindestens 40 % invalid, hat sie Anspruch auf eine Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG bzw. Art. 28 Abs. 1 Satz 1 IVG in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2007).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) unmittelbar bedrohte Versicherte haben sodann Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität (Art. 8 Abs. 1 bis IVG). Zu den Eingliederungsmassnahmen im Sinne dieser Bestimmung gehören unter anderem Massnahmen beruflicher Art (Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entsteht, sobald solche im Hinblick auf das Alter und den Gesundheitszustand der Versicherten Person angezeigt sind (Art. 10 Abs. 2 IVG).

1.4 Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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 würdigen 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. 2

2.1 Ä Ä Ä Strittig ist vorab für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit massgebliche medizinische Sachverhalt. Dieser ist - in chronologischer Abfolge der aktenkundigen (Erst)Beurteilungen - wie folgt dokumentiert:

2.1.1.1. Dr. H. \_\_\_ berichtete am 3. Juli 2004 davon, dass ihm die Beschwerdeführerin am 29. Juni 2004 in aufgebrachtener Stimmung ausufernd und chaotisch ihre zahlreichen vorwiegend somatischen, aber auch psychischen Beschwerden geschildert habe. Die Befunde bezeichnete er zusammenfassend als agitiert-depressive Symptomatik mit Reizbarkeit, Dysphorie, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen und dem Gefühl dauernder Erschöpfung. Er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung mittleren Grades mit somatischen Symptomen und attestierte der Beschwerdeführerin aufgrund der depressiv-psychosomatischen Symptomatik eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/34/12-14).

2.1.2. Dr. E. \_\_\_ berichtete am 26. Juli 2004 über seit 1996 ein bis zweimal jährlich klinisch erhobene Befunde funktioneller Blockierungen in der oberen Halswirbelsäule und Brustwirbelsäule sowie einer Beckenverwringung mit ISG-Blockade links und deutlicher muskulärer Verspannung mit myofaszialen Triggerpunkten. Gemäss ihrer Beurteilung lag ein chronisch rezidivierendes, spondylogenes, zervikocephales sowie panvertebrales Schmerzsyndrom vor, ferner eine Erschöpfungsdepression. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sie sich dahingehend, dass in einer guten stationären Behandlung mit Einbezug von Physiotherapie, medikamentöser antidepressiver Behandlung und psychologischer Führung mittelfristig zumindest eine teilweise Arbeitsfähigkeit wieder möglich sein könnte (Urk. 8/23/6-7).

2.1.3. Gemäss dem Bericht des behandelnden Chirurgen, Dr. A. \_\_\_, vom 1. Februar 2005 bestand aufgrund der Operation vom 21. Juli 2004 (Ganglionextirpation am rechten Fuss) eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem Operationstag bis zum 31. August 2004 (Urk. 8/14).

In seinem Bericht vom 8. September 2006 bescheinigte er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit 21. Juli 2004 bis auf Weiteres und eine Arbeitsfähigkeit von ca. 40 % bzw. 15 Stunden pro Woche in einer Beschäftigung mit Sitzen und reduziertem Laufpensum (Urk. 8/57). Dies aufgrund seiner Befunde über aktuell reizlose Verhältnisse am rechten Fuss dorsolateral ohne Knotenbildung sowie einer palpatorisch diffusen Druckdolenz und Parästhesien. Gemäss seiner Beurteilung lag eine chronische Tendosynovitis dorsolateral am rechten Fuss vor und trat bei Überbelastung zeitweise eine intermittente Knotenbildung auf.

2.1.4. Das B. \_\_\_ diagnostizierte im Februar und im Mai 2005 eine mittelgradig depressive Episode in psychosozialer Belastungssituation und attestierte eine um 20 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ohne genauere Angaben über die hierfür massgeblichen Befunde oder Belastungsfaktoren (Urk. 8/18 und Urk. 8/30/1-7).

2.1.5. Dr. G. \_\_\_ erhob am 16. Juni 2005 die Befunde eines gut zweieinhalb Zentimeter dicken prallelastisch harten schmerzhaften Gelenkganglions am rechten Vorfuss sowie eines Hinkens der Beschwerdeführerin unter Entlasten des rechten Vorderfusses. Weiter stellte er eine Stimmungslabilität sowie während der Untersuchung Beweglichkeits- und Schmerzbeeinträchtigungen am ganzen Körper fest, welche bei Spontanbewegungen, bei der Gestik und beim Auskleiden kaum wahrzunehmen waren. Gestützt darauf diagnostizierte er ein chronisch rezidivierendes, spondylogenes, zervikocephales sowie panvertebrales Schmerzsyndrom, eine Depression sowie ein Rezidiv-Gelenkganglion am rechten Vorfuss und attestierte der Beschwerdeführerin

eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, welche er mit aktuell - nicht näher bezeichneten - körperlichen Symptomen begründete (Urk. 8/30/8-11).

2.1.6. Dr. C. stellte am 1. September 2005 aufgrund der Befunde eines guten Allgemein- und Ernährungszustands, eines Gewichts von 69 kg bei einer Größe von 166 cm und Blutdruckwerten von 190/100 die Diagnosen eines chronischen spondylogenen, panvertebralen Schmerzsyndroms, einer Rezidivvarikosis nach Varizektomie, vasomotorischer Kopfschmerzen bei hohem Blutdruck, einer Fibromyalgia generalisata, von Asthmaanfällen nach Passivrauchen, einer Divertikulose sowie einer Depression. Er attestierte der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in jeder behinderungsangepassten Tätigkeit (Urk. 8/23/1-4). Zur Bezeichnung konkreter Befunde aufgefordert, verwies er am 6. Oktober 2005 auf die Beurteilungen anderer Ärzte (Urk. 8/25).

2.1.7. Dr. J. konnte am 6. Dezember 2005 keine aus internistisch-rheumatologischer Sicht relevanten pathologischen Befunde erheben und bezeichnete die Beschwerden als funktionell. Er diagnostizierte eine chronifizierte Schmerzproblematik mit/bei generalisierten Schmerzen, vegetativen Begleitsymptomen (Schwindel, Verdauungs- und Miktionsprobleme), psychosozialen Belastungsfaktoren, Depression (anamnestisch) und langjähriger Benzodiazepineinnahme (anamnestisch) sowie arterielle Hypertonie, Adipositas und Unterschenkelvarikosis rechtsbetont bei Status nach Operation und Revision eines Ganglions und einer Tenosynovitis am rechten Fuss lateral. Aufgrund der somatischen Befunde bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/33).

2.1.8. Prof. L. erhob am 10. Oktober 2007 eine ausgeprägte Hypästhesie/Dyästhesie im seitlichen Fussrand rechts sowie Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des ganzen Fusses. Am linken Fuss stellte er ebenfalls eine sehr starke Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der plantaren Strukturen ohne sensomotorische Ausfälle fest. Er diagnostizierte einen Status nach mehrfacher Ganglionexstirpation am rechten Fuss lateral sowie eine plantare Fasziitis links. Zur Arbeitsunfähigkeit zufolge der Fussbeschwerden äusserte er sich nicht. Jedoch empfahl er eine schuhtechnische Versorgung (Urk. 8/64/2-3).

2.1.9. Im provisorischen Austrittsbericht der Klinik M. vom 14. Dezember 2007 wurde - ohne Angaben über Befunde - eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode und einer Somatisierungsstörung attestiert (Urk. 8/66/7). Gemäss den unwidersprochenen Angaben der Beschwerdeführerin wurden folgende Befunde erhoben (Urk. 1 S. 8 und Urk. 8/75/6): eine leichte Einschränkung von Auffassung und Konzentration, im formalen Gedankengang ausschweifend logorrhoeisch, umständlich, ideenflüchtig, vorbeiredend und stark fixiert auf körperliche Funktionsdefizite, ein affektiver Rapport sei herstellbar bei dysphorischer Grundstimmung und gegebener, jedoch deutlich abgeschwächter Modulationsfähigkeit, im Antrieb herabgesetzt und rasch erschöpfbar. Der von den N.-Gutachtern beigezogene definitive Austrittsbericht vom 28. Dezember 2007 (zitiert in Urk. 8/71/9-10) nennt neben der Migrationsproblematik mit frustranter beruflicher Situation über viele Jahre und narzistischen Kränkungen eine schwierige erste Ehe mit Gewalterfahrung sowie aktuell eine seit circa acht Jahren progredient zunehmende und generalisierende Schmerzproblematik als hauptsächliche Belastungsfaktoren. Weiter wird berichtet, dass die Beschwerdeführerin das körperliche Aktivierungsprogramm während des vom 26. November bis zum 15. Dezember 2007

dauernden Klinikaufenthalts nur teilweise tolerierte und dass die progressive Muskelrelaxation bei Zuständen starker körperlicher Anspannung und Ängsten positive Wirkungen zeigte, ferner, dass die Beschwerdeführerin bei Austritt motiviert sei, regelmäßige Aktivierungs- und Entspannungseinheiten in ihren Alltag einzubauen und eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten.

2.1.10 Dr. F. \_\_\_ stellte aufgrund seiner Befunde von gedrückter klagsamer Stimmung, Schlafschwierigkeiten, Müdigkeit und Hoffnungslosigkeit am 14. Januar 2008 die psychiatrischen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer Somatisierungsstörung (nebst somatisch: chronisches Schmerzsyndrom, Hypertonie und Asthma). Ohne nähere Angaben zu den limitierenden Befunden attestierte er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Kellnerin seit dem 10. Mai 2005 bis auf Weiteres (Urk. 8/66/1-2).

2.1.11 Das N. \_\_\_-Gutachten vom 22. April 2008 weist als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Exstirpation eines Ganglions am rechten lateralen Fuss am 21. Juli 2004, operativer Revision wegen Ganglionrezidiv am 21. Oktober 2005 und rezidivierender Hygrombildung aus. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden ein chronisches generalisiertes myofaszielles, beziehungsweise tendomyotisches Schmerzsyndrom, eine Adipositas Grad I nach WHO und eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.00) genannt (Urk. 8/71/35).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der rheumatologisch/orthopädischen Diagnose wird der Beschwerdeführerin eine dauerhaft um 50 % eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kellnerin seit Juli 2004 und eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit attestiert (Urk. 8/71/41).

2.1.12 Die vorstehend nicht zitierten ärztlichen Beurteilungen (vgl. auch Urk. 8/71/1-10) äussern sich nicht zur Frage der Restarbeitsfähigkeit.

2.2 Ä Ä Ä Ä

2.2.1 Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stellt auf die Gesamtbeurteilung des medizinischen Sachverhalts durch ihren RAD (vgl. Urk. 8/76/5-7) sowie das von diesem als massgeblich bezeichnete N. \_\_\_-Gutachten (Urk. 8/71) ab und anerkennt lediglich eine somatisch bedingte qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche eine berufliche Neuorientierung erfordert.

2.2.2 Ä Ä Demgegenüber spricht die Beschwerdeführerin dem N. \_\_\_-Gutachten jeglichen Beweiswert ab und verlangt, dass auf die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte, welche eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch aus psychischen Gründen attestierten, abzustellen oder eine neue Begutachtung anzuordnen sei (vgl. Urk. 1 und Urk. 8/75).

## **E. 2.3**

2.3.1 Ä Ä Soweit die Beschwerdeführerin aus gewissen Formulierungen im N. \_\_\_-Gutachten - wie etwa: die Fussheber und -senker würden beidseits deutlich abgeschwächt präsentiert auf Seite 21 - den Schluss zieht, die N. \_\_\_-Gutachter seien der Beschwerdeführerin bei den klinischen Untersuchungen nicht unvoreingenommen gegenübergestanden und hätten die Beschwerdeschilderungen nicht ernst genommen (vgl. Urk. 8/75/2 und Urk. 1 S. 7), kann dem nicht gefolgt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin sich nicht an Äusserungen der Gutachter anlässlich der Untersuchung stützt, sondern an Formulierungen der nach den Untersuchungen verfassten Befundbeschreibungen. Aus den nachträglich formulierten Befundbeschreibungen können aber grundsätzlich nur sehr beschränkt Rückschlüsse auf die innere Haltung der Experten bei der Untersuchung gezogen werden. Formulierungen wie „präsentieren“, „zeigen“, „demonstrieren“, usw. in der Befundbeschreibung eines Gutachtens besagen zunächst einmal, dass es sich um passiv-visuell erhobene Befunde handelt; zudem bringt der Untersucher mit der Wortwahl zum Ausdruck, wie das Gesehene auf ihn gewirkt hat. Formulierungen wie die von der Beschwerdeführerin inkriminierte dienen also einer auch für Nichtmediziner nachvollziehbaren genauen Befundbeschreibung und lassen sich deshalb sachlich rechtfertigen. Im Übrigen werden sie auch von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beim Zitieren von Befundbeschreibungen der Klinik M. verwendet (Im Antriebspräsentierte sich die Beschwerdeführerin herabgesetzt... Urk. 1 S. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass die Formulierungen der N.-Gutachter nicht - wie die Beschwerdeführerin offenbar befürchtet (vgl. Urk. 1 S. 7) - als Bagatellisierung der Beschwerden zu verstehen sind, zeigt sich darin, dass die rheumatologische Gutachterin, aufgrund des passiv-visuell erhobenen Befunds hinsichtlich der Fussheber und -senker effektiv weitere Abklärungen zur Fussbeweglichkeit und -belastbarkeit durchführte (vgl. Urk. 8/71/26-27) und diesbezüglich sogar eine auf die erhobenen Befunde abgestützte rheumatologisch-orthopädische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte (vgl. Urk. 8/71/28-29).

2.3.2 Ä Ä Was die unterschiedliche Einschätzung der Einschränkung der Restarbeitsfähigkeit zufolge des Fussleidens durch die N.-Gutachter und Dr. A. anbelangt, ist einerseits der Beschwerdeführerin darin recht zu geben, dass angesichts der fast ausschliesslich gehend und stehend, also fussbelastend, ausübenden Arbeit einer Service-Angestellten in der Gastronomie, die Beurteilung Dr. A.s, welcher die angestammte Tätigkeit auch in einem reduzierten Teilpensum nicht mehr zumutbar ist, überzeugender erscheint, als die von den N.-Gutachtern attestierte 50%ige Restarbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/75/5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf der anderen Seite weisen aber die N.-Gutachter zu Recht darauf hin, dass weder die eigenen Befunde noch diejenigen Dr. A.s eine - über eine angemessene Rekonvaleszenzzeit von sechs bis acht Wochen nach intermittierend Operationen hinausgehende - dauerhafte quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten, fussschonenden Tätigkeit rechtfertigen (Urk. 8/71/44).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da die von den N.-Gutachtern zu gering eingeschätzte rheumatologische Einschränkung in der angestammten Tätigkeit den Beweiswert der übrigen gutachterlichen Feststellungen nicht mindert und für die Ermittlung des zumutbaren Invalidieneinkommens die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit massgeblich ist, lässt sich daraus nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin ableiten.

## E. 2.4

2.4.1.1 Auch die Kritik der Beschwerdeführerin am psychiatrischen Teilgutachten des N.\_\_\_\_ (Urk. 8/71/46-51) ist unberechtigt. Dieses zeichnet sich durch eine präzise und klar zwischen anamnestischen (Urk. 8/71/46-48) und klinischen Befunden (Urk. 8/71/49) differenzierende Befunderhebung aus. Entgegen beschwerdeführerischer Behauptung (vgl. Urk. 8/75/5-6 und Urk. 1 S. 8 f.) ist es auch nicht so, dass der psychiatrische N.\_\_\_\_-Gutachter keinerlei bereits von Voruntersuchern erhobene Befunde reproduzieren konnte und sich nicht mit den stark abweichenden Beurteilungen der Voruntersucher auseinandergesetzt hätte.

Die von der Beschwerdeführerin geklagte schwere psychische Symptomatik hat auch der N.\_\_\_\_-Psychiater als anamnestische Befunde erfasst (Urk. 8/71/46-48). Im Unterschied zu den Voruntersuchern, welche der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen attestieren (Klinik M.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_, Dr. H.\_\_\_\_), dokumentiert er aber auch anamnestische Angaben, welche geeignet sind, die von der Beschwerdeführerin subjektiv empfundene Schwere der Symptomatik zu relativieren (vgl. Hinweise in Klammern im unteren Absatz von Urk. 8/71/50). Klinische Befunde für eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende depressive Symptomatik konnte er nicht erheben (vgl. psychischer Befund, Urk. 8/71/49). Weiter weist er darauf hin, dass die Befunde der Voruntersucher weder eine Beurteilung des Schweregrads der Depression noch der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erlaubten (Urk. 8/71/50-51).

2.4.2.2 Bezüglich der Kritik des N.\_\_\_\_-Psychiaters an der Befunddokumentation seiner Voruntersucher ist im Lichte der in Erwägung 1.4 dargelegten Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Beurteilungen von Gesundheitsstörungen und Arbeitsfähigkeit vorab auf zweierlei hinzuweisen: Zum einen ergibt sich die Schwere einer Depression nicht aus der Diagnose, sondern beruht umgekehrt die diagnostische Differenzierung zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer Episode auf einer komplexen klinischen Beurteilung, die Anzahl, Art und Schwere der vorliegenden Symptome berücksichtigt (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 5. Aufl., klinisch-diagnostische Leitlinien zu F32, S. 141). Zum anderen beeinflussen häufig individuelle, soziale und kulturelle Einflüsse die Beziehung zwischen dem Schweregrad der Symptome und der sozialen Integration (a.a.O.), weshalb bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darzulegen ist, welche der diagnostisch massgeblichen Symptome unter Berücksichtigung welcher zusätzlicher Faktoren nach Art und Schwere geeignet sind, welche Tätigkeiten auf welche Weise und in welchem Umfang einzuschränken.

Sodann ist zu beachten, dass es für eine nachvollziehbare Dokumentation nicht bildgebend darstellbarer oder apparativ quantifizierbarer Befunde oft nicht genügt, diese mit abstrakten Begriffen (Auffassungsgabe, Konzentrationsfähigkeit, Modulationsfähigkeit, etc.) zu bezeichnen und mit qualifizierenden oder quantifizierenden Adjektiven bzw. Adverbien zu versehen, sondern eine genaue Beschreibung der tatsächlichen Beobachtungen erforderlich ist. Befundbeschreibungen wie ■eine leichte Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit■, ■eine deutlich abgeschwächte Modulationsfähigkeit■ oder ■ein herabgesetzter Antrieb und eine rasche Erschöpfbarkeit■ geben nicht direkt das vom Untersucher effektiv Festgestellte wieder, sondern sind bereits wissenschaftliche Kategorisierungen und enthalten damit ein von



diesem als massgeblich bezeichnete N.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt und gestützt darauf lediglich eine somatisch bedingte qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche eine berufliche Neuorientierung auf eine fussschonende Tätigkeit erfordert, anerkannt hat.

### E. 3

3.1 Durch den Vergleich des Valideneinkommens, welches die Beschwerdeführerin bei einer 80%igen Beschäftigung als Kellnerin erzielen könnte, mit demjenigen, welches sie - unter Berücksichtigung eines Abzugs von 10 % für die Einschränkung auf fussschonende Tätigkeiten - durch eine umfangreich gleiche Hilfstätigkeit erzielen könnte, ermittelte die Beschwerdegegnerin sodann einen Invaliditätsgrad von 20 % im erwerblichen Bereich (Urk. 2 S. 4 f.).

Das die hierbei verwendeten erwerblichen Faktoren angemessen sind, wird seitens der Beschwerdeführerin zurecht nicht bestritten, und dass bei einem Invaliditätsgrad von 20 % kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht, ergibt sich aus Erwägung 1.3.

3.2 Gestützt auf den von der Beschwerdegegnerin ermittelten Invaliditätsgrad von 20 % im erwerblichen Bereich macht die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf - nicht näher bezeichnete - berufliche Massnahmen geltend (Urk. 1 S. 10 f.).

Dazu ist in verfahrensmässiger Hinsicht zunächst festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mit ihrer Anmeldung zum Leistungsbezug keine beruflichen Massnahmen beantragt hat (Urk. 8/3/6) und - obwohl die Beschwerdegegnerin nach dem Grundsatz der Eingliederung vor Rente dazu verpflichtet gewesen wäre, solche von Amtes wegen durchzuführen - auch keine Abklärungen hinsichtlich beruflicher Massnahmen aktenkundig sind. Weiter hat die Beschwerdegegnerin am 16. Januar 2006 lediglich über den Rentenanspruch (Urk. 8/38), nie aber über berufliche Massnahmen verhandelt. Dies wurde jedoch in der dagegen erhobenen Einsprache vom 15. Februar 2006 nicht gerügt (Urk. 8/50) und mit dem Einspracheentscheid auch nicht nachgeholt.

Im Lichte des aktenkundigen medizinischen Sachverhalts und der Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 29. August 2008 (Urk. 8/75) zum N.\_\_\_\_-Gutachten ist davon auszugehen, dass die Parteien bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids einhellig - und zutreffenderweise - der Ansicht waren, dass die Beschwerdeführerin - zumindest subjektiv - nicht eingliederungsfähig sei. Aus den tatsächlichen Vorbringen in der Beschwerdeschrift ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin ihre Eingliederungsfähigkeit nunmehr bejahen würde. Unter diesen Umständen wäre es sachlich nicht gerechtfertigt, den angefochtenen Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zur vorgängigen Abklärung beruflicher Massnahmen zu verpflichten (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts in Sachen I. vom 3. Januar 2008, 9C\_766/2007, Erw. 4), sondern ist die Beschwerdegegnerin mit der zu bestmöglichen Abweisung des Rentenbegehrens darauf hinzuweisen, dass sie noch über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen zu entscheiden haben wird.

4. Ausgangsmässig sind die gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG nach dem Verfahrensaufwand zu bemessenden und hier auf Fr. 900.-- festzusetzenden Verfahrenskosten der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Susanne Friedauer
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.