

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00515 vom 16. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00515

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00515 du 16 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00515 del 16 novembre 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 vom 6. Oktober 2000 [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).

1.2 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 konnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen konnte, 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 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

- a. ihre Erwerbsunfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;
- b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
- c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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).

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).

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 stützte sich bei der Abweisung des Begehrens auf das polydisziplinäre K. ___-Gutachten und hielt fest, in der bisherigen Tätigkeit sowie in allen anderen leichten bis vorübergehend mittelschweren Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 2 S. 1). Dr. J. ___ habe in seinem Bericht keinen Psychostatus erhoben und zur Arbeitsfähigkeit keine begründete Stellungnahme vorgenommen. Auch die orthopädisch erhobenen Befunde seien gut dokumentiert (Urk. 2 S. 2).

2.2 Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, der psychiatrische Teil des K. ___-Gutachtens sei sehr rudimentär ausgefallen, es seien überhaupt keine Tests gemacht worden, um die Persönlichkeit näher zu erforschen (Urk. 1 Ziff. 2.1). Obschon der bei den Akten liegende Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. J. ___ sehr rudimentär sei, habe es die Beschwerdegegnerin versäumt, einen detaillierten Bericht einzuholen. Der Sachverhalt sei damit ungenügend abgeklärt (Urk. 1 Ziff. 2.2). Die Auseinandersetzung mit der von Dr. J. ___ bereits gestellten Diagnose sei ebenfalls sehr oberflächlich und kurz ausgefallen, es werde lediglich festgestellt, dass die Diagnose nicht bestätigt worden sei. Dass eine längere depressive Reaktion vorliege, ergebe sich aus verschiedensten Gründen (Urk. 1 Ziff. 2.3). Bezüglich der orthopädischen Diagnosen bestehe kein Grund, nicht auf die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit durch die behandelnde Ärztin abzustellen (Urk. 1 Ziff. 2.4). Selbst wenn auf das K. ___-Gutachten abgestellt werde, sei unbestritten, dass die Beschwerdeführerin seit dem 15. März 2006 arbeitsunfähig sei. Diese Arbeitsunfähigkeit sei durch alle in jener Zeit erhobenen Arztberichte erstellt. Selbst in

den Berichten des Universitätsklinikums G. (G.) werde mit keinem Wort erwähnt, dass sie voll arbeitsfähig sei. Es sei damit erstellt, dass ab März 2007 bis zur Erstattung des K.-Gutachtens mindestens eine halbe Rente auszusprechen sei (Urk. 1 Ziff. 3).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist damit der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere die Frage, ob der Sachverhalt genügend abgeklärt wurde und auf das K.-Gutachten abgestellt werden kann.

E. 3

3.1 Dr. med. Z., Facharzt FMH Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten, speziell Hals- und Gesichtschirurgie, nannte in seinem Bericht vom 10. Januar 2006 folgende Diagnosen (Urk. 7/8/6 = Urk. 7/10/9):

- leichtgradige sensorineurale Schwerhörigkeit links
- Tinnitus auris beidseits
- zervikospondylogenes Syndrom
- Myoarthropathie des Kiefergelenkes beidseits

Die Ursache für die sensorineurale Hörminderung links sei unklar, es sei von einer cochleären Störung auszugehen. Aufgrund des ausgeprägten zervikospondylogenen Syndroms sowie des quälenden Tinnitus drohe eine psychische Dekompensation. Er gehe davon aus, dass sich eine Behandlung der Nackenschmerzen positiv auf den Tinnitus auswirke (Urk. 7/8/6 = Urk. 7/10/9).

Am 27. Februar 2007 führte Dr. Z. sodann aus, er habe die Beschwerdeführerin wegen einer leichtgradigen Schwerhörigkeit links sowie eines Tinnitus behandelt. Aus Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Sicht habe keine Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 7/8/5).

3.2 Dr. med. A., Spezialarzt für Radiologie FMH, Röntgeninstitut B., führte nach durchgeführter MRI der Halswirbelsäule transversal sagittal in seinem Bericht vom 17. Februar 2006 aus, es gebe keinen Nachweis einer Diskusprotrusion oder Diskushernie im Bereich der thorakalen Bandscheiben. Er habe jedoch Osteochondrosen der Bandscheiben BWK5 bis 12 mit reaktiver ventraler Spondylose sowie eine Scheuermannsche Erkrankung festgestellt (Urk. 7/22/31).

3.3 Nach Durchführung einer MRI der Lendenwirbelsäule transversal sagittal hielt Dr. med. C., Spezialarzt für Radiologie FMH, Röntgeninstitut B., in seinem Bericht vom 5. Mai 2006 fest, es würden kleine subligamentäre mediane bis knapp mediobilaterale Diskushernien in Höhe L3/4 und L4/5 mit intraspinalem Kontakt der hernierten Bandscheiben zu beiden L4- und L5-Nervenwurzeln bestehen. Er habe weder eine Nervenwurzelkompression noch eine Spinalkanalstenose festgestellt, hingegen gebe es eine Protrusion der Bandscheibe L5/S1 (Urk. 7/10/5-6).

3.4 Dr. med. D., Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 17. Mai 2006 eine chronische Lumbalgie mit Reizsymptomen beidseits, ohne Hinweise für eine relevante Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel (Urk. 7/10/7). Die neurologische Untersuchung habe normale Befunde ergeben ohne Anhaltspunkte für eine relevante Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel. Auch die EMG-Untersuchungen seien normal ausgefallen (Urk. 7/10/8).

3.5 Nach einer kardialen Abklärung stellte Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Kardiologie, in seinem Bericht vom 29. Mai 2006 folgende Diagnosen (Urk. 7/10/10):

- gutartige supraventrikuläre Extrasystolie
- funktionell überlagerte Palpitationen bei latenter Hyperventilation/Trainingsmangel
- keine fassbare organische Herzkrankheit
- intermittierend symptomatische lumbale/zervikale Diskushernien
- stammbetonte Acne conglobata

Aufgrund der genannten Befunde habe er der Beschwerdeführerin primär ein aktives Stressmanagement sowie den Aufbau eines adäquaten sportlichen Trainings empfohlen (Urk. 7/10/10).

3.6 In seinem Bericht vom 8. August 2006 nannte Dr. med. F.____, Oberarzt, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, G.____, folgende Diagnosen (Urk. 7/22/24):

- chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei
- Segmentdegeneration L3/4 und L4/5 mit subligamentärer Diskushernie, Spondyloarthrosen
- insuffizienter Rückenstreck- und Rumpfmuskulatur, myofaszialen Triggerpunkten gluteal beidseits

Da seit längerer Zeit eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, empfehle er dringend, baldmöglichst wenigstens eine Teilarbeitsfähigkeit wieder zu versuchen, eventuell mit Einschränkungen bei höheren Gewichten. Sollte nicht rasch ein Wiedereinstieg im Arbeitsleben gelingen, empfehle er die Beurteilung im Rahmen der Arbeitsmedizin-Sprechstunde und eventuell Integration in die ambulante arbeitsbezogene Rehabilitation (Urk. 7/22/25).

3.7 Dr. med. H.____, FMH Physikalische Medizin, führte am 11. Januar 2007 aus, sie habe die Beschwerdeführerin wegen akuter Blockierung der Lendenwirbelsäule notfallmässig behandelt. Die Wiederaufnahme der Arbeit ab 15. Januar 2007 sei sicher nicht möglich. Ideal sei eine Tätigkeit von 50 % mit Sitzen, Stehen und Gehen sowie der Möglichkeit von abwechselnden Körperpositionen (Urk. 7/12).

3.8 In ihrem Bericht vom 19. Februar 2007 nannte Dr. H.____ sodann folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/9/1 lit. A):

- chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom bei bilateraler Diskushernie L3/4 und L4/5 mit intraspinalem Kontakt zu beiden L4 und L5-Wurzeln
- Protrusion L5/S1
- chronisches zervikospondylogenes Syndrom bei Diskushernie C4/5
- sensorineurale Schwerhörigkeit links
- Tinnitus beidseits

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. H.____ eine reaktive Depression (Urk. 7/9/1 lit. A). Vom 15. bis 31. März 2006 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Nachdem die Beschwerdeführerin vom 1. April bis 8. Mai 2006 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei, bestehe seit dem 9. Mai 2006 wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/9/1 lit. B). Die Beschwerdeführerin leide an chronifizierten Rückenschmerzen mit lumbaler Beteiligung sowie einem rezidivierenden lumboradikulären Reizsymptom L4 und L5 beidseits bei radiologisch sehr eindrücklichem Befund mit bilateralen Diskushernien L3/4 und L4/5 sowie intraspinalem Kontakt zu beiden Nervenwurzeln L4 und L5. Das EMG zeige jedoch keine nennenswerte Läsion. Im Vordergrund würden derzeit die Zervikobrachialgien mit Ausstrahlungen in den Oberarm beidseits stehen. Zudem leide die Beschwerdeführerin an heftigen, zum Teil migräneartigen Hinterkopfschmerzen. Aufgrund der diversen Schmerzen bestehe eine depressive Entwicklung, die derzeit psychiatrisch behandelt werde. Der Arbeitsversuch als Verkäuferin sei fehlgeschlagen, da die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, über längere Zeit zu stehen oder gehen, und auch keine schwere Lasten tragen oder heben könne. Die Arbeitsfähigkeit schätze sie auf 40 % bei einer Invalidität von 60 % (Urk. 7/9/2 lit. D.7). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin eine Tätigkeit von 50 % zumutbar (Urk. 7/9/4).

3.9 Der frühere Hausarzt Dr. med. I.____, Arzt für allgemeine Medizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 3. Januar bzw. 6. März 2007 folgende Diagnosen (Urk. 7/10/1 lit. A):

- chronisches thorako- und zervikovertebrales Syndrom bei Diskushernie C4/5 ohne Kompression von Duralsack oder Nervenwurzeln und Spondylose T5-12
- chronisches lumbovertebrales Syndrom mit Reizsyndromen beidseits bei Diskushernie L3/4 und L4/5
- Colon irritabile
- Tinnitus beidseits, sensorineurale Schwerhörigkeit links

Die Beschwerdeführerin sei wiederholt voll arbeitsunfähig gewesen, so vom 17. bis 24. September 2001, vom 14. bis 21. Januar 2002, vom 23. bis 30. August 2002, vom 9. bis 15. Dezember 2002, vom 23. bis 28. Dezember 2003 sowie vom 13. bis 23. April 2004 (Urk. 7/10/1 lit. B). Bezüglich der aktuellen Arbeitsfähigkeit machte Dr. I.____ keine Angaben (Urk. 7/10/3-4).

3.10 Der behandelnde Psychiater Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Zeugnis vom 20. Juni 2008 fest, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 16. Dezember 2006 im Rahmen einer nichtorganischen Insomnie in Verbindung mit einer psychogenen Anpassungsstörung bei Diskushernien L3/4 und L4/5 bei ihm in Behandlung befinde. Diese beinhalte eine supportive Einzelpsychotherapie, eine Behandlung mit Psychopharmaka sowie eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie. Die Beschwerdeführerin sei nicht arbeitsfähig (Urk. 7/22/20).

3.11 Am 24. Juni 2008 wurde die Beschwerdeführerin im Aerztlichen Begutachtungsinstitut K.____ (K.____) im Auftrag der Beschwerdegegnerin polydisziplinär untersucht. Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. M.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, sowie Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Psychiatrie

und Psychotherapie, nannten in ihrem Gutachten vom 20. August 2008 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/22 S. 16 Ziff. 5.1):

- chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle
- kleine Diskusprotrusionen LWK3 bis 5, keine Neurokompression
- unauffälliges EMG
- chronische Zervikozephalgie ohne radikuläre Ausfälle
- kleine Diskusprotrusionen HWK4/5 und Diskusprotrusion sowie Osteochondrose HWK5/6, keine Neurokompression
- leichtgradige Osteochondrose BWK5 bis 12, keine Neurokompression
- Tendinitis calcarea Schulter links
- beidseits freie Schulterbeweglichkeit

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Ärzte eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, eine Schmerzverarbeitungsstörung sowie anamnestisch einen Tinnitus (Urk. 7/22 S. 16 Ziff. 5.2). Aus orthopädischer Sicht seien körperlich schwere und nicht adaptierte Tätigkeiten ungeeignet. Körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten ohne das Heben von Lasten über 10 kg, gelegentlich 15 kg und ohne Arbeiten über Kopfniveau seien der Beschwerdeführerin uneingeschränkt zumutbar. Dies gelte auch für die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin. Aus internistischer sowie anderweitiger somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Ebenfalls nicht eingeschränkt sei die Arbeitsfähigkeit durch die aus psychiatrischer Sicht festgestellte Anpassungsstörung bzw. längere depressive Reaktion sowie die Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 7/22 S. 17 Ziff. 6.2). Die Beschwerdeführerin selber halte sich für arbeitsunfähig. Die Haupteinschränkung liege in der Schmerzverarbeitungsstörung begründet, welche offensichtlich mit einer hohen Selbstlimitierung und einer deutlichen funktionellen Überlagerung einhergehe. Insbesondere aus psychiatrischer Sicht sei ihr jedoch die Willensanstrengung zumutbar, trotz subjektiv empfundener Beschwerden und Schmerzen einer somatisch adaptierten Tätigkeit uneingeschränkt nachzugehen. Die Compliance der Beschwerdeführerin, nachgewiesen anhand einer Serumspiegel-Untersuchung des Antidepressivums, sei offensichtlich ungenügend und stimme nicht mit der angegebenen Einnahme des Medikamentes vom gleichen Morgen überein (Urk. 7/22 S. 17 f. Ziff. 6.4). Aus Sicht des Bewegungsapparates seien im Prinzip aktivierende, kräftigende Massnahmen vorzuschlagen, die Umsetzbarkeit sei jedoch auch in der Vergangenheit schon nicht oder kaum gegeben gewesen. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung durch eine Therapie nicht behandeln. Gelegentliche Gespräche bei Dr. J. ___ seien aber sinnvoll (Urk. 7/22 S. 18 Ziff. 6.6). Berufliche Massnahmen könnten bei der ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und der damit verbundenen Selbstlimitierung nicht empfohlen werden (Urk. 7/22 S. 18 Ziff. 6.7).

E. 4

4.1 Das K. ___-Gutachten vom 20. August 2008 erfüllt die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich, so dass für die Entscheidung und insbesondere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin darauf abgestellt werden

kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daran vermag auch der Einwand der Beschwerdeführerin, der psychiatrische Teil des Gutachtens sei sehr rudimentär ausgefallen und es seien überhaupt keine Tests durchgeführt worden (Urk. 1 Ziff. 2.1), nichts zu ändern. Es ist der Fachkompetenz des begutachtenden Psychiaters überlassen, wie er die Begutachtung im Einzelnen durchgeführt. Zu verweisen ist auf die bereits erwähnte bundesgerichtliche Rechtsprechung, welche ausdrücklich darlegt, welchen Anforderungen ein Gutachten zu genügen hat (BGE 125 V 352 Erw. 3a sowie Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 26. Mai 2008, 9C_55/2008; vgl. oben Erw. 1.4). Weiter spricht auch die Tatsache, dass das Gutachten lediglich auf einem Gespräch beruht und keine weiterführenden Tests durchgeführt wurden, nicht für eine oberflächliche Abklärung, zumal der Zeitaufwand für eine psychiatrische Untersuchung in weiten Grenzen schwankt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 13. Juni 2006, I 58/06 Erw. 2.2). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung verlangt für die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens einzig eine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6), sie schreibt den Fachärzten jedoch nicht vor, wie sie bei der Begutachtung vorzugehen haben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zutreffend ist hingegen der Einwand der Beschwerdegegnerin, dass das bei den Akten liegende Zeugnis von Dr. J. ___ vom 20. Juni 2008 nur sehr kurz ist und keine detaillierten Angaben über den Psychostatus und den Verlauf der Behandlung enthält (Urk. 7/22/20). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Dr. J. ___ im Wesentlichen dieselbe Diagnose einer Anpassungsstörung (Urk. 7/22/20) nannte wie der K. ___-Gutachter Dr. N. ___ (Urk. 7/22 S. 8 Ziff. 4.1.3). Zu beachten ist sodann, dass es bei einer engen Beziehung zwischen behandelndem Arzt und Patientin nicht zuletzt an der notwendigen objektiven Betrachtungsweise mangeln kann, weshalb in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Nachdem Dr. J. ___ keine anderen Diagnosen nannte als der K. ___-Gutachter Dr. N. ___, kann somit auf die Einholung eines detaillierten Berichtes von Dr. J. ___ verzichtet werden. Hinzu kommt, dass auch die behandelnde Ärztin Dr. H. ___ in ihrem Bericht vom 19. Februar 2007 zwar die Diagnose einer reaktiven Depression nannte, jedoch festhielt, diese wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 7/9/1 lit. A), und die Beschwerdeführerin sei in ihren psychischen Funktionen lediglich durch eine verminderte Belastbarkeit eingeschränkt (Urk. 7/9/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist somit gestützt auf das K. ___-Gutachten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

4.2 Ä Ä Ä Ä Ä Was sodann die somatischen Beschwerden betrifft, ergibt sich aus den vorliegenden Berichten übereinstimmend, dass die Beschwerdeführerin an chronischen Schmerzen im unteren Rückenbereich sowie einer chronischen Zervikozephalgie leidet und verschiedene Segmentdegenerationen vorliegen, wobei jedoch keine radikulären Ausfälle festgestellt wurden (Urk. 7/9/1 lit. A, Urk. 7/10/1 lit. A, Urk. 7/10/5-6, Urk. 7/10/7-8, Urk. 7/22/24, Urk. 7/22 S. 16 Ziff. 5.1).

Bezüglich der Auswirkungen dieser Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit liegen lediglich Angaben der behandelnden Ärztin Dr. H.____, Dr. F.____ sowie des K.____-Gutachters Dr. M.____ vor. Dr. H.____ schätzte in ihrem Bericht vom 19. Februar 2007 die Arbeitsfähigkeit auf 40 % (Urk. 7/9/2 lit. D.7) bzw. 50 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (Urk. 7/9/4). Im selben Bericht hielt sie jedoch auch fest, die Beschwerdeführerin sei seit dem 9. Mai 2006 und bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig (Urk. 7/9/1 lit. B). Aufgrund dieser Widersprüchlichkeit kann auf den Bericht von Dr. H.____ nicht abgestellt werden. Keine klaren Angaben zur Arbeitsfähigkeit finden sich sodann im Bericht von Dr. F.____. Dieser empfahl lediglich eine möglichst rasche Reintegration mit wenigstens einem Teilzeitpensum (Urk. 7/22/25). Es ist somit mit der nachvollziehbaren und überzeugenden Beurteilung im K.____-Gutachten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin für die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin sowie für jede andere körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist (Urk. 7/22 S. 17 Ziff. 6.2).

4.3 Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt gestützt auf das K.____-Gutachten vom 20. August 2008 als dahingehend erstellt zu betrachten, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischen Gründen nicht eingeschränkt ist, ihr jedoch aufgrund der somatischen Beeinträchtigungen nur körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten ohne das Heben von Lasten über 10 kg, gelegentlich 15 kg und ohne Arbeiten über Kopfniveau zu 100 % zumutbar sind.

E. 5

5.1 Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkung aufgrund eines Einkommensvergleiches vorzunehmen.

5.2 Bei der Ermittlung des ohne Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unveränderten Verhältnissen verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 Erw. 3b mit Hinweis), wobei für die Vornahme des Einkommensvergleichs grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2007, abzustellen ist (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Auszugehen ist dabei vom letzten Verdienst der Beschwerdeführerin als Verkäuferin. Gemäss ihren eigenen Angaben anlässlich der K.____-Begutachtung arbeitete sie zunächst in einem 100%-Pensum, musste dieses jedoch ab dem Jahre 2003 betrieblich angeordnet auf 80 % reduzieren (Urk. 7/22 S. 5 Ziff. 3.2.2). Aus dem Arbeitgeberbericht ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin im Jahre 2007 ohne Gesundheitsschaden bei einem 80 %-Pensum ein monatliches Einkommen in der Höhe von Fr. 3'346.-- erzielt hätte (Urk. 7/7 Ziff. 16). Geht man zu Gunsten der Beschwerdeführerin gleichwohl von einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit aus, so ergibt sich bei einem 100 %-Pensum ein jährliches Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 54'372.50 (Fr. 3'346.-- : 80 x 100 x 13).

5.3 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret

steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,9 Stunden, nämlich 41,7 Stunden im Jahre 2007 sowie 41,6 Stunden seit 2008 (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Nachdem die Beschwerdeführerin seit März 2006 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, sind für die Ermittlung des Invalideneinkommens Tabellenlöhne beizuziehen und vom mittleren Lohn für Frauen, die Hilfsarbeiten ausüben (Zentralwert), auszugehen. Dieser belief sich im Jahre 2006 auf monatlich Fr. 4'019.-- (LSE 2008, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2008, TA1, Total). Unter Berücksichtigung einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahre 2007 von 41.7 Stunden sowie der Nominallohnerhöhung von 1.6 % für das Jahr 2007 ergibt dies ein Einkommen von Fr. 4'256.85 pro Monat (Fr. 4'019.-- x 1.016 : 40 x 41.7), mithin gerundet Fr. 5'1082.-- pro Jahr (Fr. 4'256.85 x 12).

5.4 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt

werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

5.4. Gemäss der Beurteilung im K.____-Gutachten ist die Beschwerdeführerin sowohl für die angestammte als auch für jede andere körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. Nachdem somit nach Eintritt des Gesundheitsschadens im Vergleich mit der angestammten Tätigkeit keine Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit vorliegt, erscheint ein Abzug vom Tabellenlohn nicht gerechtfertigt.

5.5. Bei einem Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 51'082.-- (vgl. vorstehend Erw. 5.3) ergibt sich bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'372.50 (vgl. vorstehend Erw. 5.2) eine Einkommenseinbusse von Fr. 3'290.50, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 6 % entspricht und keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 22. April 2009 als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6. Eventualiter beantragte die Beschwerdeführerin, es sei ihr für die Zeit von März 2007 bis August 2008 mindestens eine halbe Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Es sei unbestritten, dass sie seit dem 15. März 2006 arbeitsunfähig sei. Diese Arbeitsunfähigkeit werde durch alle Arztberichte, insbesondere auch denjenigen von Dr. F.____ bestätigt (Urk. 1 S. 6 Ziff. 3).

7. Hierzu ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der orthopädischen K.____-Begutachtung erklärte, die Kreuzschmerzen hätten vor zehn Jahren ohne ersichtlichen Grund begonnen und im Februar 2006 stark zugenommen. Die Beschwerden im Nacken- und Kopfbereich würden seit sechs bis sieben Jahren bestehen und hätten gleichfalls im Jahre 2006 eingesetzt. Zu diesem Zeitpunkt hätten auch die Beschwerden an den oberen und unteren Extremitäten begonnen. Sämtliche Beschwerden würden im Verlauf zunehmen (Urk. 7/22 S. 10 Ziff. 4.2.1.1). Wie sich aus der Erwägung 4.3 ergibt, kann für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich auf das K.____-Gutachten abgestellt werden. Aus diesem ergibt sich für den Zeitpunkt August 2008 eine vollständige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, so dass eine solche auch für die Zeit von März 2006 bis August 2008 gelten muss, nachdem während dieser Zeit die Beschwerden selbst gemäss der Darstellung der Beschwerdeführerin weniger stark waren.

8. Dr. F.____ sodann bestätigte in seinem Bericht vom 8. August 2006 die von den behandelnden Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht, sondern empfahl vielmehr dringend eine möglichst rasche Reintegration in den Arbeitsprozess (Urk. 7/22/25).

9. Damit ist die Beschwerde auch in diesem Punkt abzuweisen.

10. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der 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:

- Rechtsanwalt Markus Bischoff
- 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.