

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00068 vom 31. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00068

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00068 du 31 janvier 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00068 del 31 gennaio 2011

Erwägungen

E. 2

2.1 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).

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).

2.2 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Bestimmungen 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).

2.3 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit 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).

2.4.1 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.

3.1.1

3.1.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, der Beschwerdeführerin, welche als zu 70 % im Erwerbsbereich und zu 30 % im Haushaltsbereich tätig zu qualifizieren sei, sei bis zur D.-Begutachtung (vom 17. September 2009, Urk. 8/60) eine leidensangepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar gewesen, was bei der ermittelten Einschränkung im Haushalt von 26 % einen Invaliditätsgrad von 19 % ergebe. Ab dann habe gestützt auf das D.-Gutachten keine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsleben mehr bestanden. Auch bezüglich der Tätigkeit im Haushaltsbereich habe sich keine grössere Einschränkung ergeben, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2 S. 1 f.).

3.2.1 Dagegen wird seitens der Beschwerdeführerin zusammengefasst eingewendet, im Haushaltsbereich müsse im Gegensatz zum Ergebnis der Haushaltsabklärung (Bericht vom 15. Oktober 2008, Urk. 8/41), welches im Widerspruch stehe zu den vom C. festgestellten Depressionen und zur Zumutbarkeit der Mithilfe durch den Ehemann im Haushalt, gestützt auf die tatsächlich gelebte Situation anstatt einer Einschränkung von 48,5 % von einer solchen von mindestens 80 % ausgegangen werden. Auch auf das D.-Gutachten könne nicht abgestellt werden, da der psychiatrische Gutachter keinen Kontakt zu den behandelnden Ärzten des C. aufgenommen habe, um die Unterschiede betreffend Diagnosen und Arbeitsfähigkeit auszuräumen, und da es nicht in Kenntnis aller relevanten Vorakten erstellt worden sei, wie sich aus dem Bericht des C. vom 9. März 2010 ergebe (Urk. 14/1), welchem eine begründete Kritik am D.-Gutachten zu entnehmen sei. Auch sei von den Ärzten des C. zu beurteilen, ob die vom rheumatologischen D.-Gutachter attestierte 0%ige Arbeitsunfähigkeit zutreffe. Es sei sodann zu berücksichtigen, dass es sich beim D.-Gutachten um ein Parteigutachten der IV-Stelle handle und das D. in den verschiedensten Fällen von dieser beauftragt werde, was wirtschaftlich von Bedeutung sei. Aufgrund der widersprechenden Auffassungen der D.-Gutachter und der C.-Ärzte sei eine neutrale Begutachtung durch das Gericht zu veranlassen. Im Übrigen habe die Beschwerdegegnerin ihren rechtlichen Gehaltsanspruch verletzt, indem sie dem im Einwandschreiben (Urk. 8/50) gestellten Beweis Antrag, es sei ein Schlussbericht von den verantwortlichen Personen des C. mit Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbs- und im Aufgabenbereich einzuholen, nicht nachgekommen sei (Urk. 1 S. 3 ff., Urk. 13 S. 3 ff.).

4.1.1

4.1.1 Im Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 28. September 2007, Erwägung 3.2.1, wurde aufgrund der damaligen Aktenlage festgehalten (Urk. 8/28 S. 7 f.), dass zu klären sei, inwiefern die rheumatologisch nicht erklärbaren Beschwerden der Beschwerdeführerin muskulärer und/oder psychischer Natur mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Erwerbs- und Haushaltsbereich seien (Urk. 8/28 S. 11). Zum Inhalt der massgeblichen medizinischen Akten wird auf Erwägung 3.1 des Urteils vom 28. September 2007 (Urk. 8/28 S. 5 ff.) verwiesen.

4.2 Die neu eingereichten und von der Beschwerdegegnerin eingeholten medizinischen Berichte ergaben, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin keinem bestimmten somatischen Korrelat zugeordnet werden konnten. So konnten die Ärzte der E. ____, wo die Beschwerdeführerin vom 12. März bis 3. April 2007 stationär behandelt wurde, - wie schon die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des F. __ (nachfolgend: F. __ Spital; Bericht vom 17. Januar 2006, Urk. 8/9 S. 11 f.) - keine Gründe für die von der Beschwerdeführerin hauptsächlich geklagten Unterarmbeschwerden (Urk. 8/7 S. 5 f., Urk. 8/9 S. 6, S. 10 und S. 12) ausmachen, zumal der Verdacht auf ein Carpal-tunnelsyndrom und ein Pronator Teres Syndrom nicht bestätigt werden konnten. Sie stellten daher die Diagnose von diffusen Unterarmschmerzen beidseits unklarer Aetiologie (ICD-10 M79.63; Bericht vom 3. April 2007; Urk. 8/60 S. 55). Auch die Elektromyographie (EMG) vom 15. September 2005 hatte ausser chronischen Tendomyosen keine Befunde ergeben (Urk. 8/9 S. 14 f.). Die differentialdiagnostisch erwähnten leichten degenerativen Veränderungen mit mediolateraler rechter Diskusprotrusion C5/C6 und C6/C7 ohne Wurzelkompression, ohne Spinalkanalstenose, ohne Myelopathie und ohne foraminale Stenose (Magnetresonanztomographie [MRT] der Halswirbelsäule [HWR] im F. __ Spital vom Juni 2005; Urk. 8/60 S. 55) waren bereits von Dr. med. G. __, Praktische Ärztin, gemäss dem Gutachten vom 30. Mai 2006 gestützt auf die Untersuchungen der rheumatologischen Fachärzte als nicht beschwerdeverursachend eingestuft worden (Urk. 9/12 S. 11). Auch Dr. med. H. __, Facharzt für Allgemeinmedizin, und Dr. med. I. __, Facharzt für Rheumatologie, kamen im Rahmen der D. __-Begutachtung aufgrund der Untersuchungen vom 13. August (Urk. 8/60 S. 22 ff.) und vom 24. August 2009 (Urk. 8/60 S. 47) gemäss dem D. __-Gutachten vom 17. September 2009 zum Schluss, dass kein rheumatologisches Krankheitsbild diagnostiziert werden könne und die diffusen und unspezifischen Befunde weiterhin als nicht-somatisches Krankheitsbild beurteilt werden müssten (Urk. 8/60 S. 34 und S. 37). Laut Dr. I. __ fand sich klinisch einzig eine Schmerzausweitung eines initial auf die Vorderarme begrenzten nicht-somatischen Schmerzsyndroms mit zunehmend auch funktionellen Einschränkungen bei sichtbaren Selbstlimitierungen respektive spürbaren Gegeninnervationen (Urk. 8/60 S. 35).

Die Vor diesem Hintergrund ist entgegen des Einwandes der Beschwerdeführerin, es sei von den C. __-Ärzten zu beurteilen, ob die vom rheumatologischen D. __-Gutachter attestierte 0%ige Arbeitsunfähigkeit zutrefte (Urk. 1 S. 7), ohne Weiterungen gestützt auf das D. __-Gutachten vom 17. September 2009 (Urk. 8/60 S. 37) davon auszugehen, dass eine Arbeitsunfähigkeit in somatischer Hinsicht nicht begründbar ist. Eine Beurteilung durch die C. __-Ärzte aus rheumatologischer Sicht scheitert ausserdem schon daran, dass die dortigen behandelnden Ärzte mehrheitlich Fachärzte der Psychiatrie und jedenfalls keine Rheumatologen, Orthopäden oder dergleichen sind (vgl. den Anhang zum C. __-Bericht vom 30. September 2008, Urk. 8/48 S. 1) und die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht ihrem Wunsch entsprechend dort nicht untersucht wurde (C. __-Bericht vom 28. Februar 2009, Urk. 8/59 S. 2).

4.3 In psychischer Hinsicht hatte bereits Dr. G. __ im Gutachten vom 28. November 2005 (Urk. 8/7 S. 7) und vom 30. Mai 2006 (Urk. 8/12 S. 5) festgehalten, es

beständen keine Anzeichen für eine Depression. Das psychologische Konsilium vom 10. Januar 2006 im Rahmen der Hospitalisation im F.____ Spital vom 5. bis 13. Januar 2006 ergab gemäss dem Bericht vom 17. Januar 2006 zudem keine Hinweise auf eine Somatisierung (Urk. 9/9 S. 12). Weder in diesem Bericht noch im Bericht vom 23. Juni 2006 des F.____ Spitals wurden Befunde zu einer psychischen Problematik genannt. Lediglich im Sinne einer Möglichkeit wurde die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt und im Weiteren auf die psychiatrische Einschätzung verwiesen (Urk. 9/14 S. 8 f.). Auch der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin, hatte gemäss dem Bericht vom 1./2. März 2006 in psychischer Hinsicht keine Befunde festgestellt (Urk. 8/9 S. 6). Insbesondere seien das Konzentrations- und das Auffassungsvermögen sowie die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit nicht eingeschränkt (Urk. 8/9 S. 4). Erstmals wurde nach der stationären Behandlung vom 12. März bis 3. April 2007 in der E.____ der Verdacht auf eine reaktive depressive Episode, derzeit leicht- bis mittelgradig, festgehalten (Bericht vom 3. April 2007; Urk. 8/60 S. 55), ohne dazu jedoch etwas auszuführen und/oder die dazugehörigen Befunde zu nennen.

Der Psychiater Dr. Z.____ erklärte in seinem Gutachten vom 20. Juni 2008 schliesslich, infolge der ausbleibenden Besserung der Schmerzsymptomatik seit der Arbeitseinstellung vom 17. August 2005 hätten sich bei der Beschwerdeführerin auch psychische Symptome wie Schlafstörungen, innere Unruhe, Dysphorie, Mut- und Hoffnungslosigkeit, Zukunftsängste und impulshafte Durchbrüche entwickelt. Schliesslich habe sie (am 10. Februar 2006; Urk. 8/3) den Rentenantrag bei der IV-Stelle gestellt. In der aktuellen Untersuchung zeige sich vorherrschend eine Tendenz zur Vermeidung von Anforderungen, eine unterschwellige Aggressivität und eine dysphorische Stimmungslage und eine nicht zu übersehende Theatralik im Untersuchungsgespräch. Es fänden sich keine Hinweise auf einen durchgängig vorliegenden depressiven Energiemangel oder eine depressive Antriebslosigkeit. Auch lägen nur leichtgradige Konzentrationsstörungen und eine leichtgradige Stressintoleranz vor. Daher sei eine leichte depressive Störung mit zwar langjährigem, aber leichtgradigem Verlauf respektive eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) zu diagnostizieren, welche seit mindestens zehn Jahren bestehe. Weiter sei diagnostisch von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen, narzisstischen und passiv aggressiven Anteilen (ICD-10 Z73.1) auszugehen. Für eine Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne würden sich die psychopathologischen Befunde nicht ausreichend ausgeprägt und schwerwiegend zeigen, weshalb hier eine Zusatz-(Z-)Diagnose des ICD-10 präferiert werde. Diese beiden Diagnosen (Urk. 8/35 S. 7) würden die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Umfang von maximal 20 % in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte hinsichtlich schwerer körperlicher Tätigkeiten einschränken. Da keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei, seien körperlich leichte Tätigkeiten in Wechselbelastungen, die keine überhöhten Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz oder die kognitiven Fähigkeiten sowie das Umstellungs- und Anpassungsvermögen stellen würden, weiterhin in diesem Umfang von mindestens 80 % zumutbar. Aufgrund der Beurteilung der qualifizierenden Kriterien nach erster sei bei der überdies vorliegenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anzunehmen (Urk. 8/35 S. 8 f.). Die Beschwerdeführerin verfüge über Ressourcen, die sie konstruktiv einsetzen könne. Sie habe unter anderem in der Familie weiterhin eine

bestimmte Funktion inne. Eine Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen und der Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess würden zumutbar erscheinen (Urk. 8/35 S. 10).

4.4.1.1 Bei dieser Aktenlage ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin vom 5. November 2008 bis 5. Januar 2009 in der Tagesklinik behandelt wurde, wurde ebenfalls die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt, allerdings ohne dies näher zu begründen und ohne Ausführungen dazu, ob und inwiefern die Schmerzempfindungen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit überwindbar seien. Ausserdem diagnostizierten die C.-Ärzte in psychischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und schlossen insgesamt auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 8/59 S. 1 f.).

4.4.1.2 Dagegen kamen die D.-Gutachter in ihrem Gutachten vom 17. September 2009 der Einschätzung des psychiatrischen D.-Gutachters Dr. med. K., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgend (Urk. 8/60 S. 27 ff. und S. 43 ff.) zum Schluss, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht bestätigt werden, da sich keine psychosoziale oder emotionale Belastung finde, die ursächlich mit der Schmerzentwicklung in Zusammenhang stehe. Die Schmerzstörung könne nicht im angegebenen Ausmass nachvollzogen werden. Auch sei keine depressive Störung mehr begründbar. Die Beschwerdeführerin habe mittlerweile von Herbst bis Ende 2008 unter Verstimmungen gelitten, die sich aber offensichtlich unter der Behandlung deutlich gebessert hätten. Gesamthaft sei die Störung aus rein psychiatrischer Sicht zu gering, um dadurch eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dauerhaft begründen zu können. Die von Dr. K. gestellten psychiatrischen Diagnosen einer unspezifischen Schmerzfehlentwicklung sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4; Urk. 8/60 S. 43), hätten daher weder aktuell noch retrospektiv (abgesehen von den kurzen Phasen der Hospitalisationen) eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die subjektiv angegebenen Einschränkungen würden sich allein aufgrund des subjektiven Erlebens nicht aber objektiv begründen lassen (Urk. 8/60 S. 35 ff.).

4.4.2

4.4.2.1 Bei dieser Aktenlage ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid für die Zeit bis zur D.-Begutachtung im September 2009 (Urk. 8/60) gestützt auf das Gutachten von Dr. Z. (Urk. 8/35; Urk. 8/42 S. 3 f.) von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit und danach gestützt auf das D.-Gutachten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit bezüglich der bisherigen (unstrittig) zirka 70%igen Erwerbstätigkeit ausging (Urk. 2 S. 2). Denn die depressive Symptomatik erreichte nie ein solch erhebliches Mass, dass von einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (gewesen) wäre, das den Umfang von rund 30 % überschritten hätte.

4.4.2.2 Dies gilt gestützt auf das insofern überzeugende Gutachten von Dr. Z. vom 20. Juni 2008 vorerst für die Zeit bis mindestens Juni 2008. Nachdem überhaupt erstmals im Frühjahr 2007 der Verdacht auf eine reaktive depressive Problematik erhoben worden war (Bericht der E. vom 3. April 2007, Urk. 8/60 S. 55) und die während des stationären Aufenthaltes in der E. vom 12. März bis 3. April 2007

durchgeführten psychologischen Gespräche bis zur Behandlung im C.____ Ende 2008/Anfang 2009 (Urk. 8/59) nicht weitergeführt worden waren (Urk. 8/35 S. 5), besteht kein Anlass, an den überdies fundiert begründeten und nachvollziehbaren, unter Berücksichtigung der medizinischen Vorakten und der geklagten Beschwerden sowie nach eingehender Untersuchung erhobenen Feststellungen von Dr. Z.____, es fänden sich keine Hinweise auf einen durchgängig vorliegenden depressiven Energiemangel oder eine depressive Antriebslosigkeit und nur leichtgradige Konzentrationsstörungen, eine leicht verminderte emotionale Belastbarkeit sowie eine leichtgradige Stress- und Frustrationsintoleranz (Urk. 8/35 S. 8 f.), zu zweifeln. Ob es sich bei diesen Befunden und bei der von Dr. Z.____ gestellten Diagnose einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) rechtfertigt, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um bis zu 20 % anzunehmen, nachdem schon eine leichte depressive Episode praxisgemäss keine Invalidität im Rechtssinne zu begründen vermag (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Mai 2008 in Sachen H., 9C_235/2007, Erw. 3.3) und es sich bei einer Dysthymia um eine chronische depressive Verstimmung handelt, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfüllt (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., Bern 2005, S. 150), ist dagegen fraglich, kann angesichts des Erwerbssumms von 70 % jedoch offen bleiben. Es ist jedenfalls festzuhalten, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht nicht nur in Bezug auf eine andere leidensangepasste, leichte körperliche Tätigkeit - wie dies im angefochtenen Entscheid offenbar angenommen wurde (Urk. 2 S. 2) -, sondern auch in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin im Y.____ höchstens im Umfang von 20 % ausgewiesen ist. Denn Dr. Z.____ attestierte auch in Bezug auf die angestammte Tätigkeit eine maximal 20%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/35 S. 10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich bestätigten auch die D.____-Gutachter gemäss ihrem Gutachten vom 17. September 2009 aufgrund der Erhebungen und der Einschätzung von Dr. K.____ (Urk. 8/60 S. 39 ff.), dass keine relevante dauerhafte affektive Störung vorliege (Urk. 8/60 S. 36 f.). Davon ist auszugehen, zumal das D.____-Gutachten vom 17. September 2009 alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 Erw. 5.1, 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c) erfüllt. Insbesondere ist der Feststellung von Dr. K.____ in Auseinandersetzung mit dem C.____-Bericht vom 28. Februar 2009 (Urk. 8/59) beizupflichten, dass der Schweregrad der durch Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, respektive durch das C.____ diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode aufgrund der angegebenen Befunde schwer nachzuvollziehen sei. Denn danach habe die Beschwerdeführerin deutlich depressiv/resigniert gewirkt, ansonsten sei sie aber psychopathologisch unauffällig gewesen (vgl. den C.____-Befund in Urk. 8/59 S. 2). Dr. K.____ erläuterte weiter zutreffend und überzeugend, es falle auch auf, dass trotz der Behandlung zwischen November 2008 und Januar 2009 im C.____ an dieser Diagnose festgehalten worden sei, obwohl eine Besserung dokumentiert worden sei. Auch habe die Beschwerdeführerin in den verschiedenen Therapien und Massnahmen motiviert mitgearbeitet und habe davon profitieren können, was gegen das Vorliegen einer relevanten Depression spreche. So wie sich die Beschwerdeführerin heute präsentiere, könne keine depressive Störung mehr begründet werden. Es könne daher angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin möglicherweise von Herbst bis

Ende 2008 unter (depressiven) Verstimmungen gelitten habe, die sich offensichtlich unter Behandlung deutlich gebessert hätten. Es werde heute nicht einmal mehr eine antidepressive Therapie durchgeführt, auch eine ambulante psychiatrische Therapie finde nicht statt, was ebenfalls darauf hinweise, dass keine relevante affektive Störung mehr vorliegen könne (Urk. 8/60 S. 45).

4.4.3.4. Der Einschätzung von Dr. K. ___ und nicht jener der C. ___-Ärzte ist im Ergebnis hinsichtlich der depressiven Problematik auch deshalb zu folgen, weil es sich bei der von den C. ___-Ärzten diagnostizierten (mittelgradigen) depressiven Episode (Urk. 8/59 S. 1) definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handelt, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern. Länger dauernde Störungen sind unter F33 (rezidivierende depressive Störung) oder F34 (anhaltende affektive Störung) zu subsumieren (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2007 in Sachen A., I 510/06, Erw. 6.3, mit Hinweis). Die von den C. ___-Ärzten beschriebenen affektiven Leiden sind somit jedenfalls vorübergehender Natur und daher in der Regel für sich allein nicht invalidisierend. Die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit gemäss C. ___-Bericht vom 28. Februar 2009 bezog sich denn auch nicht nur auf die depressive Symptomatik, sondern vor allem auf die Schmerzstörung (dazu nachfolgend Erwägung 5). Dies ergibt sich auch daraus, dass die Arbeitsunfähigkeit weiterhin zu 100 % attestiert wurde, obwohl die Depression während der achtwöchigen Behandlung im C. ___ bis zum 5. Januar 2009 reduziert werden konnte (Urk. 8/59 S. 4).

4.4.4.4. Den Beweiswert der psychiatrischen Gutachten von Dr. Z. ___ und Dr. K. ___ im Hinblick auf die depressive Problematik vermag sodann auch der Bericht des C. ___ vom 9. März 2010 (Urk. 14/1), welchen die Beschwerdeführerin in der Replik zitiert (Urk. 13 S. 4 ff.), nicht zu mindern. Denn zum einen wurden die in diesem C. ___-Bericht aufgeführten Symptome (und wahrscheinlich auch die Fremdanamnesen) ebenso wie der angegebene Hamilton-Skala-Wert von 29, der für eine schwere Depression spreche, im Februar 2010 erhoben (Urk. 14/1 S. 3). Diese Befunde und die darin getroffene Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sind für den hier zu beurteilenden Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Dezember 2009, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Äusserungsbefugnis bildet (BGE 132 V 220 Erw. 3.1.1), daher nicht beachtlich. Zum anderen vermag die im C. ___-Bericht vom 9. März 2010 geübte Kritik (Urk. 14/1) am D. ___-Gutachten vom 17. September 2009 (Urk. 8/60) an dessen beweisrechtlicher Verwertbarkeit nichts zu ändern, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

So wird im C. ___-Bericht vom 9. März 2010 gerügt, dass in der psychiatrischen D. ___-Untersuchung keine kognitiven Störungen festgestellt worden seien und keine neuropsychologische Testung vorgenommen worden sei, obwohl gemäss dem C. ___-Bericht vom 28. Februar 2009 (Urk. 8/59 S. 6) kognitive Störungen objektiviert worden seien, und zwar Konzentration und Aufmerksamkeit unterdurchschnittlich bei langsamer und ungenauer Arbeitsweise, unterdurchschnittlich schnelle Informationsverarbeitung, Anforderung bei komplexeren Anforderungen, Einschränkung des komplexen Denkens. Diese seien im D. ___-Gutachten weder erwähnt noch diskutiert worden (Urk. 14/1 S. 3). Dieses Vorbringen wird schon dadurch beweisrechtlich bedeutungslos, dass gemäss dem Ergebnis des neuropsychologischen Screenings am C. ___ Ende 2008/Anfang 2009 die Bearbeitungsgeschwindigkeit in der

altersspezifischen Stichprobe im Normbereich lag (Urk. 8/59 S. 6) und der psychopathologische Befund gemäss dem C.____-Bericht vom 28. Februar 2009 gleich ausfiel wie jener von Dr. K.____ (Urk. 8/60 S. 42), und zwar kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis unauffällig (Urk. 8/59 S. 2). Zu weiteren neuropsychologischen Abklärungen bestand und besteht damit kein Anlass, zumal es an dieser Stelle allein um die depressiv bedingten Einschränkungen geht (zur davon abzugrenzenden Schmerzstörung vgl. Erwägung 5 hernach).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter wird im C.____-Bericht vom 9. März 2010 bemängelt, es entbehre jeder Objektivität, allein aus dem psychopathologischen Befund eine Diagnose zu erörtern, auch wenn dem psychopathologischen Befund Befragungen vorausgingen. Fremdanamnese und psychometrische Testverfahren bestätigten diesen Befund stützen (Urk. 14/3 f.). Dem ist entgegenzuhalten, dass die Vorgehensweise der Begutachtung grundsätzlich im Ermessen der Gutachter liegt und diese vorliegend insbesondere hinsichtlich der depressiven Problematik keinen Anlass bietet, das überzeugende Ergebnis der D.____-Begutachtung (Urk. 8/60) in Zweifel zu ziehen, zumal das D.____-Gutachten beweisrechtlich den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht und auch die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen beachtet wurden. Danach können Zusatzuntersuchungen und Fremdauskünfte zwar eine Ergänzung darstellen. Sie sind jedoch nicht zwingend erforderlich. Entscheidend ist die (hier eingehend durchgeführte) klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese, welche zusammen mit der Symptomerfassung und der Verhaltensbeobachtung das Kernstück der Begutachtung darstellt (SAeZ 2004 S. 1050 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der C.____-Stellungnahme vom 9. März 2010 wird ausserdem gerügt, dass kein Übersetzer bei der Untersuchung (durch die D.____-Gutachter) anwesend gewesen sei (Urk. 14/1 S. 1). Anhaltspunkte für Verstärkungsschwierigkeiten oder falsch wiedergegebene Aussagen der Beschwerdeführerin etwa aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten sind dem D.____-Gutachten indes nicht zu entnehmen. Selbst im C.____-Bericht vom 28. Februar 2009 war festgehalten worden, die Beschwerdeführerin spreche sehr gut Deutsch (Urk. 8/59 S. 2). Ausserdem fielen die Aussagen zur depressiven Symptomatik gegenüber Dr. H.____ und gegenüber Dr. K.____ je sinngemäss gleich aus, weshalb das Vorliegen eines Missverständnisses unwahrscheinlich ist (Urk. 8/60 S. 24: "Infolge der Schmerzen sei sie ab und zu sehr nervös. Sie sei dann vermehrt reizbar und ertrage kaum Lärm. Im Weiteren klagt sie über vermehrte Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen. Die Frage, ob sie sich denn auch niedergeschlagen oder depressiv fühle, verneint die Explorandin."; Urk. 8/60 S. 39: "Sie finde nicht, dass sie psychische Probleme habe, nur bei starken Schmerzen reagiere sie teilweise nervös, doch nicht dauerhaft. Sie fühle sich auch nicht depressiv.").

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch in Bezug auf die Aussagen der Beschwerdeführerin zu ihrem (nunmehr nicht mehr regelmässigen) Kontakt zu ihren Freundinnen (Urk. 8/60 S. 28 und S. 30) ist entgegen der Stellungnahme der C.____-Ärzte, welche dies als falsch bezeichneten (die Beschwerdeführerin habe seit 2007 keinen Kontakt mehr zu ihren Kolleginnen, Urk. 14/1 S. 3), gleichermassen davon auszugehen, dass die Aussagen der Beschwerdeführerin im Gutachten korrekt wiedergegeben wurden. Selbst von Seiten der Beschwerdeführerin wird nicht geltend gemacht, dass sie diese Aussagen den Gutachtern

gegenüber (so) nicht geäussert habe (Urk. 13 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit den Akten nicht zu vereinbaren und der Beweiskraft des D.____-Gutachtens nicht abträglich ist auch die Behauptung in der C.____-Stellungnahme vom 9. März 2010, die Beschwerdeführerin habe entgegen der Feststellung im D.____-Gutachten, es sei keine antidepressive Therapie durchgeführt worden, seit 2007 Temesta, Fluoxetine und Zolpidem eingenommen (Urk. 14/1 S. 2). Einerseits handelt es sich beim Medikament Zolpidem um ein Schlafmittel und beim Medikament Temesta zwar um ein Psychopharmaka, jedoch im Sinne eines angst- und krampflösenden Beruhigungsmittels. Das Antidepressivum Fluoxetine wurde erst durch die C.____-Ärzte selbst verordnet (Bericht vom 30. September 2008, Urk. 8/37 S. 3), also nicht schon seit 2007, und bereits während der Behandlung oder bei Austritt aus der C.____-Tagesbehandlung am 5. Januar 2009 offenbar durch das Antidepressivum Edronax ersetzt (Urk. 8/59 S. 4). Zuvor hatte die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben gegenüber Dr. Z.____ das gegen Depressionen und zur Stimmungsaufhellung wirkende Surmontil eingenommen (Urk. 8/35 S. 6; vgl. zu den Wirkungen der Medikamente: www.kompendium.ch). Andererseits gingen die D.____-Gutachter in Übereinstimmung mit den Akten und den Aussagen der Beschwerdeführerin davon aus, dass zurzeit der Begutachtung keine durch einen Psychiater überwachte Therapie stattfand. Hinweise auf eine aktuelle psychiatrische Behandlung sind den Akten nicht zu entnehmen. Dass sie sich seit dem Austritt aus der E.____ im Frühjahr 2007 (Urk. 8/60 S. 55 ff.) und nach Beendigung der Behandlung im C.____ im Januar 2009 (Urk. 8/59) je weiterhin einer psychiatrisch überwachten Therapie unterzogen hatte, wird von der Beschwerdeführerin auch in diesem Verfahren nicht behauptet. Die Beschwerdeführerin hatte nicht nur gegenüber Dr. Z.____ angegeben, sich nach dem Aufenthalt in der E.____ keiner Psychotherapie mehr unterzogen zu haben (Urk. 8/35 S. 5), sondern gab auch gegenüber Dr. K.____ an, sie stehe in hausärztlicher Behandlung, eine psychiatrische oder psychologische Therapie führe sie nicht durch (Urk. 8/60 S. 40). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin im hier zu beurteilenden Zeitraum bis Dezember 2009 (Urk. 2) nicht fortwährend in psychiatrischer Behandlung stand, ist zu Recht als Indiz dafür angenommen worden, dass die depressive Symptomatik nicht schwerwiegend ins Gewicht fiel. Dies selbst dann, wenn man davon ausginge, die Beschwerdeführerin habe entgegen der von ihr den D.____-Gutachtern gegenüber angegebenen Medikamenten (Urk. 8/60 S. 24 und S. 27) ein hausärztlich verordnetes Antidepressivum eingenommen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls nicht zutreffend ist die Rüge, das D.____-Gutachten vom 17. September 2009 sei tendenziös und die Autoren würden versuchen, den Eindruck zu erwecken, dass die Beschwerdeführerin vollständig unauffällig sei (Urk. 14/1 S. 2). Die Schlussfolgerungen im Gutachten sind nachvollziehbar begründet und basieren auf entsprechenden Untersuchungsergebnissen. So berücksichtigten die Gutachter richtigerweise auch das Verhalten der Beschwerdeführerin und gingen nicht nur von ihren Aussagen aus, indem sie die Diskrepanz zwischen der von der Beschwerdeführerin postulierten Passivität (jegliche Tätigkeiten im Haushalt seien nicht mehr möglich, Urk. 8/60 S. 40) und den tatsächlich vollzogenen Handlungen während der Untersuchung aufzeigten (es sei der Beschwerdeführerin ohne Weiteres gelungen, die Türe zu öffnen und dabei die Röntgenbilder, die gefüllte Handtasche und eine Tasche mit Medikamenten zu tragen, Urk. 8/60 S. 42 und S. 44; die Beschwerdeführerin habe bei der rheumatologischen Untersuchung auf der Untersuchungsfläche beim Drehen

von der Rücken- in die Bauchlage und wieder zurück die Arme voll einsetzen und ihr Gewicht abstützen können, ohne dass es zu Schmerzangaben gekommen sei; Urk. 8/60 S. 51).

4.4.5 Auch der Vorhalt der Beschwerdeführerin, die D. ___-Gutachter hätten mit den behandelnden Ärzten des C. ___ Rücksprache nehmen müssen (Urk. 1 S. 7), spricht nicht gegen den Beweiswert des Gutachtens. Nach den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen können Fremdauskünfte, so auch Anfragen beim behandelnden Arzt, wichtiger Bestandteil des Gutachtens sein, sind jedoch nicht in jedem Fall zwingend erforderlich (SAeZ 2004 S. 1050 f.). Es ist denn auch nicht ersichtlich, welche weiteren Erkenntnisse nebst den bereits vorliegenden aus der Rücksprache hätten gewonnen werden sollen. Der Grund für die unterschiedlichen Einschätzungen liegt offensichtlich im unterschiedlichen Auftrag des Gutachters und der behandelnden Ärzte, wobei namentlich im Rahmen des besonderen Vertrauensverhältnis des therapeutisch tätigen Psychiaters zu seinem Patienten die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2008 in Sachen M., 9C_176/2008, Erw. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann ist auch der Einwand der Beschwerdeführerin, die Ausführungen in der C. ___-Stellungnahme vom 9. März 2010 würden verdeutlichen, dass das D. ___-Gutachten nicht in Kenntnis aller relevanten Vorakten erstellt worden sei (Urk. 13 S. 8), nicht zutreffend. Die Beschwerdeführerin erläutert denn auch nicht und es ist nicht ersichtlich, welche Vorakten gemeint sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich ist dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, es sei zu berücksichtigen, dass es sich beim D. ___-Gutachten um ein Parteigutachten der Beschwerdegegnerin handle und das D. ___ in verschiedensten Fällen von dieser beauftragt werde, was wirtschaftlich von Bedeutung sei, entgegenzuhalten, dass eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit eines Arztes oder einer Ärztesgemeinschaft für die Sozialversicherungsträger rechtsprechungsgemäss nicht per se auf deren Befangenheit oder Voreingenommenheit schliessen lässt (BGE 123 V 175; Urteil des Bundesgerichts vom 22. September 2010 in Sachen A., 8C_652/2010, Erw. 4.2). Konkrete Ausstands- und Ausschlussgründe gegen die einzelnen Gutachter hat die Beschwerdeführerin nicht vorgebracht.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin macht im Äbrigen geltend, die Schlussfolgerung der D. ___-Gutachter, dass sich die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht bestätigen lasse, könne nicht geteilt werden und sei eingehender zu prüfen (Urk. 1 S. 7). Darauf kann im Ergebnis verzichtet werden, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Denn selbst wenn man entsprechend der Einschätzung von Dr. Z. ___ und den C. ___-Ärzten vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausginge, führt dies nach der Rechtsprechung nur ausnahmsweise zur Annahme einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche hier mit Dr. Z. ___ (Urk. 8/35 S. 8 f.) zu verneinen ist. Und zwar ist das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert aus rechtlicher Sicht wohl Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit. Namentlich vermag nach der Rechtsprechung eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken. Ein Abweichen von diesem Grundsatz fällt nur in jenen Fällen in Betracht, in denen die festgestellte somatoforme Schmerzstörung nach Einschätzung des Arztes eine derartige Schwere aufweist, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung - und unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind - sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder dies für die Gesellschaft gar untragbar ist. Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt jedenfalls das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. So sprechen unter Umständen (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, (2) ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, (3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"]) oder schliesslich (4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 353 ff. Erw. 2.2.3 mit Hinweisen).

5.2. Selbst unter der Annahme, es sei von der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gemäss dem C.-Bericht vom 28. Februar 2009 (Urk. 8/59 S. 1) oder laut dem D.-Gutachten vom 17. September 2009 von einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4; Urk. 8/60 S. 35), auszugehen, und erst recht unter Berücksichtigung der von Dr. Z. diagnostizierten weniger erheblichen Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen, narzisstischen und passiv aggressiven Anteilen (ICD-10 Z73.1; Urk. 8/35 S. 7) ist das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer zu verneinen. Dies umso mehr als es sich bei den depressiven Stimmungslagen um (reaktive) Begleiterscheinungen der somatoformen Schmerzstörung und nicht um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität handelt, wie sich auch aus dem Verlauf der psychischen Problematik und den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin - im Zentrum ihres Leidens stehen die Schmerzempfindungen (vgl. etwa ihre Angaben anlässlich der Begutachtung durch Dr. Z., Urk. 8/35 S. 5 f.) - ergibt (vgl. ebenso: BGE 130 V 358 Erw. 3.3.1).

5.3. Auch liegen keine weiteren Faktoren vor, welche die Schmerzbewältigung erheblich behindern. So haben die körperlichen Begleitbeschwerden (chronische Tendomyose, leichte degenerative Veränderungen C5/C6 und C6/C7, Adipositas) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Erwägung 4.1-2 hiervor) und sind jedenfalls

zu wenig schwerwiegend, um die Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzproblematik zu verneinen. Weiter geben die Angaben der Beschwerdeführerin keine Indizien für einen schwerwiegenden, nahezu umfassenden sozialen Rückzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolierung. Sie zieht sich vor allem bei Schmerzattacken zurück, da sie dann niemanden erregt, ansonsten findet ein Austausch und Kontakt vor allem mit Familienangehörigen statt (Urk. 8/35 S. 5 f.). Ausserdem besteht ein sekundärer und jedenfalls kein primärer Krankheitsgewinn, wie Dr. Z. ___ vor dem Hintergrund der Lebensumstände der Beschwerdeführerin im Kreise ihrer Familie nachvollziehbar festhielt und auch Dr. K. ___ in seinem Teilgutachten vom 24. August 2009 bestätigte. Der Ehemann der Beschwerdeführerin erledigt (teilweise nach ihren Anweisungen) vereinzelt mit Hilfe der Schwiegertochter den Haushalt und hilft der Beschwerdeführerin teilweise bei der Körperpflege. Der Sohn etwa hat sie zum Gutachter gefahren (Urk. 8/35 S. 9 in Verbindung mit S. 7; Urk. 8/41 S. 4; Urk. 8/60 S. 27 f. und S. 45).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dagegen ist die hierzu vorgebrachte Kritik in der Stellungnahme der C. ___-Ärzte vom 9. März 2010 (Urk. 14/1 S. 4) letztlich unerheblich, da damit jedenfalls kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung im Sinne eines primären Krankheitsgewinns aufgezeigt wird. Denn die C. ___-Ärzte führen lediglich zum sekundären Krankheitsgewinn aus, zwei Gehhilfen wegen Knieschmerzen, HWS-Schmerzen, deutliche Depressionen und Aggressionen seien gegenwärtig Symptome, welche eine auch unbewusste Suche nach äusseren Vorteilen durch Entlastung ausschliessen würden. Die Beschwerdeführerin sei krank und keine Strategin auf der Suche nach Vorteilen. Ein sekundärer Krankheitsgewinn sei nicht auszumachen (Urk. 14/1 S. 4). Hingegen ist ein sekundärer Krankheitsgewinn nicht begriffsnotwendig an die (unbewusste) Suche nach Vorteilen im Sinne einer finalen Begründung für die Erkrankung gebunden. Ebenfalls schliessen Schwere und Umfang einer Krankheit respektive deren Nachteile einen sekundären Krankheitsgewinn nicht aus. Erstellt ist jedenfalls, dass äussere Vorteile im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes mit Zugewinn an Aufmerksamkeit und Entlastung in den bisher doppelbelastenden häuslichen und ausserhäuslichen Aufgaben der Beschwerdeführerin bestehen. Allerdings bleibt ein sekundärer Krankheitsgewinn rechtlich im hier zu prüfenden Zusammenhang ohnehin grundsätzlich unbeachtlich (BGE 130 V 359 Erw. 3.3.2).

5.4 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich wiegt der Umstand, dass die Behandlungsergebnisse trotz wiederholter Therapieversuche einmal in der E. ___, durch Physiotherapie und im C. ___ bei aktiver Mitwirkung und vorhandener Motivation der Beschwerdeführerin insgesamt nicht wie erhofft ausfielen, in Würdigung der Gesamtsituation nicht derart schwer, dass dies allein die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung rechtfertigen würde (vgl. ebenso: BGE 130 V 358 Erw. 3.3.2).

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6.1 Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten sprechen aus rechtlicher Sicht keine hinreichenden Gründe dafür, dass die psychischen Ressourcen es der Beschwerdeführerin nicht erlaubten, trotz ihrer Schmerzen eine Tätigkeit ohne besondere Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz oder die kognitiven Fähigkeiten sowie an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen - wie sie sie bereits als Reinigungsmitarbeiterin

im Y. ___ bis anhin ausgeführt hat - weiterhin im bisherigen Umfang von zirka 70 % auszuüben. Davon ist nicht nur in Bezug auf die Schmerzstärkung, sondern auch im Hinblick auf die depressive Symptomatik auszugehen. Damit bestehen aus rechtlicher Sicht weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht Gesundheitsbeeinträchtigungen, welche eine erhebliche Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auszuweisen vermöchten.

6.2. Dasselbe gilt in Bezug auf die rund 30%ige Haushaltstätigkeit der Beschwerdeführerin. Die Haushaltsabklärung vom 14. Oktober 2008 ergab zwar eine Einschränkung von gerundet 50 % (Urk. 8/41 S. 6). Sie steht jedoch im Widerspruch zur psychiatrischen Beurteilung, wonach sich die subjektiv angegebene Einschränkung im Haushalt nicht mit einer psychischen Störung begründen lasse (Urk. 8/60 S. 46). Dieser ist erhöhtes Gewicht beizumessen, da der zur Abklärung der Invalidität im Haushalt ausgearbeitete Fragebogen vorwiegend auf die Beurteilung der Invalidität infolge körperlicher Gebrechen ausgerichtet ist und die psychischen Ressourcen zur Überwindung der Schmerzen in der Abklärung nicht berücksichtigt werden.

6.3. Bei dieser Sach- und Rechtslage ist auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin beim C. ___ keinen weiteren Bericht einholte. Denn führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung (oder das Gericht) bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, wie dies hier der Fall ist, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung), was die Beschwerdegegnerin in der vorliegenden Streitsache richtig erkannte. In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 31. Mai 2005, I 417/04, Erw. 1.3 mit Hinweisen).

6.4. Die Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

7. Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten 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 Dr. Ruedi Lang

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

