

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00015 vom 20. November 2012**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00015)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00015 du 20 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00015 del 20 novembre 2012

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Es sei der Beschwerdeführerin eine volle Rente, gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 70 % zuzusprechen.

### **E. 3**

Es sei bei Herr Dr. med. E. C.\_\_\_\_ die seinem psychiatrischen Gutachten vom 27. August 2011 zugrunde liegenden Handnotizen von der Untersuchung der Versicherten heraus zu verlangen.

### **E. 4**

Es seien von der Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen zu treffen; insbesondere seien bei den behandelnden Ärzten der Beschwerdeführerin weitere Berichte sowie ein Abklärungsbericht in Erwerb und Haushalt einzuholen.

### **E. 5**

Es sei eventualiter ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen.

### **E. 6**

"Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen."

??????? Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2012 (Urk. 7) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 9). In seiner Replik vom 21. März 2012 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (Urk. 11 S. 2). Mit Eingabe vom 13. April 2012 (Urk. 14) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik, was der Beschwerdeführerin am 16. April 2012 angezeigt wurde (Urk. 15). Am 16. April 2012 (Urk. 16) reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Zentrums O.\_\_\_\_ vom 23. März 2012 (Urk. 17) ein.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.??????

1.1???? Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2???? Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3???? Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit:

- a. ????? diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und
- b. ????? die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Abs. 1).

???????? Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis ). ?????????

???????? Die Eingliederungsmassnahmen bestehen in:

???????? a.?????? medizinischen Massnahmen;

a bis .??? Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung;

b.?????? Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe);

???????? d.?????? der Abgabe von Hilfsmitteln (Abs. 3);

1.4???? Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht

auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

1.5???? 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 E. 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 auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 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.).

2.?????

2.1???? Die Beschwerdegegnerin kam gestützt auf ihre medizinischen Abklärungen zum Schluss, dass weder für eine auswärtige Erwerbstätigkeit noch in der Haushaltsarbeit aus psychiatrischer Sicht eine für die Invalidenversicherung relevante Arbeitsunfähigkeit bestehe. Es würden weiter - in Ergänzung zum relevanten vollständigen psychiatrischen Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ - keine neuen fachärztlich ausgewiesenen Tatsachen und Befunde mehr vorgebracht. Die Einschränkungen im somatischen Bereich würden gemäss klinischer und versicherungsmedizinischer Erfahrung keine Einschränkung der Rest-Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit zu begründen vermögen (Urk. 2).

2.2???? Die Beschwerdeführerin wendet ein, die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt und den rechtserheblichen Sachverhalt nicht genügend abgeklärt (Urk. 1 S. 7). In der angefochtenen Verfügung fehle eine pflichtgemässe Auseinandersetzung mit den einwandweise vorgebrachten Rügen, womit das rechtliche Gehör verletzt worden sei (Urk. 1 S. 8-9). Die Berichte von Dr. I.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2010, der Rheumaklinik des Spitals D.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2006 sowie der N.\_\_\_\_ vom 4. November 2010 seien weder vom zuständigen Arzt des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeinmedizin, noch von der Beschwerdegegnerin gewürdigt worden (Urk. 1 S. 10-11). Indem nun ausschliesslich ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben worden sei, sei die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht ungenügend nachgekommen. Es bestünden nachweislich neben psychischen Beschwerden auch - und vor allem - somatische Beschwerden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ leide auch an schweren formellen und materiellen Mängeln. Es rechtfertige sich daher, es komplett aus dem Recht zu weisen (Urk. 1 S. 13-18). Eine Einschätzung der Einschränkungen in der Haushaltstätigkeit fehle von fachärztlicher Seite her vollständig. Anhand der somatischen



3.2???? Die Begründung in der angefochtenen Verfügung (vgl. auch E. 2.1) nimmt Bezug auf das als vollumfänglich beweiskräftig erachtete Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_, welches dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zur Einsicht zukam (vgl. Urk. 8/43), und setzt sich nicht einzeln mit den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden auseinander. Es geht aus der Begründung indes hervor, weshalb die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt trotz vorgebrachter Rügen als genügend abgeklärt erachtete und welche Schlüsse sie daraus zog, so dass es der Beschwerdeführerin möglich war, ihre Beschwerde zu begründen.

???????? Zur ebenfalls vorgebrachten Rüge, das Gutachten sei unter Missachtung ihrer Verfahrensrechte zustande gekommen, liess sich die Beschwerdegegnerin - wie beschwerdeweise zu Recht moniert - nicht ein. Da diese Einwände indes beschwerdeweise mit voller Kognition zu hören sind, rechtfertigt es sich nicht, hierin eine wesentliche Verletzung der Begründungspflicht anzunehmen.

3.3???? Zur Rüge der Verletzung von Mitwirkungsrechten ist Folgendes vorab festzuhalten: Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG). Nach der früheren Rechtsprechung (BGE 132 V 376; vgl. auch BGE 135 V 254 E. 3.2 S. 256) ist der versicherten Person vorgängig mitzuteilen, von wem eine Begutachtung durchgeführt wird. Dies muss frühzeitig genug erfolgen, damit sie in der Lage ist, noch vor der eigentlichen Begutachtung ihre Mitwirkungsrechte wahrzunehmen. Einwände sind gegenüber dem Sozialversicherer geltend zu machen, welcher darüber noch vor der eigentlichen Begutachtung befinden sollte (Urteil 8C\_254/2010 vom 15. September 2010 E. 4.1.1). Nach altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert auch mit Rücksicht auf die in BGE 137 V 210 erluterten Korrekturen nicht, sofern das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht stand hält (BGE 137 V 210 E. 6 S. 266; Urteile des Bundesgerichts 8C\_830/2011 vom 9. März 2012 E. 4.2.1 und 9C\_228/2011 vom 10. August 2011 E. 3.1 mit Hinweisen).

???????? Die Einwände der Beschwerdeführerin, sie habe ihrerzeit nicht gewusst, welcher fachärztlichen Untersuchung sie sich zu unterziehen habe, und es sei ihr weder Gelegenheit gegeben worden, Ergänzungsfragen zustellen noch zum Gutachten selber Stellung zu nehmen (Urk. 1 S. 14), treffen indes nur teilweise zu. Mit Mitteilung vom 1. April 2011 (Urk. 8/31) wurde der Beschwerdeführerin angezeigt, dass eine psychiatrische Abklärung angeordnet werde und diese durch den Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ erfolge. Auch wenn der ihm zustehende Facharztstitel darin nicht genannt wird, war es der Beschwerdeführerin ohne weiteres möglich, Ausstands- oder Ablehnungsgründe vorzubringen. Solche wurden auch weder im Vorbescheidverfahren noch vor dieser Instanz genannt. Ebenso wenig wird nachträglich die Unterbreitung ergänzender Fragen gefordert. Richtig ist, dass das Gutachten erst auf Akteneinsichtsgesuch nach dem Vorbescheid, aber noch vor Verfügungserlass zur Einsicht und Stellungnahme zuzuging. Diese Umstände rechtfertigen nicht, das Gutachten als beweisuntauglich zu erachten und es aus dem Recht zu weisen.

4.??????

4.1???? Der leistungsverneinenden Verfügung der IV-Stelle vom 21. Juli 2004 (Urk. 8/16) und dem Einspracheentscheid vom 31. August 2004 (Urk. 8/22) lagen im Wesentlichen folgende medizinischen Berichte zugrunde:

4.1.1?? Dr. Y. \_\_\_ gab am 21. Februar 2004 (Urk. 8/8) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit seit 1990 (1) eine depressive Episode, (2) einen Verdacht auf eine dissoziative St?rung (Fugue/Stupor), (3) einen Verdacht auf Pers?nlichkeitsproblematik, (4) ein lumbospondylogenes Syndrom links, (5) einen Status nach einer Polyblesse mit Sch?delhirntrauma, instabiler Beckenringfraktur, Humerus- und Radiusfraktur nach Sturz aus dem 4. Stock 1990, (6) rezidivierende Drehschwindel und Kopfschmerzen, differentialdiagnostisch eine vestibul?re Migr?ne sowie (7) Weichteilbeschwerden an. Die Quantifizierung der Arbeitsunf?higkeit sei schwierig, mit erfolglosen Arbeitsversuchen, wegen der massiven Schmerzproblematik. Die Beschwerdef?hrerin arbeite seit 3 Jahren maximal 50 % (Urk. 8/8/1 und Urk. 8/8/4). Am Schluss kreuzte Dr. Y. \_\_\_ an, es sei keine T?tigkeit mehr zumutbar (Urk. 8/8/5).

Dr. Y. \_\_\_ legte diesem Bericht verschiedene Kenziliarberichte bei (namentlich die Berichte des D. \_\_\_ vom 14. August, 24. September, 29. Dezember 1990, 12. April 1991, 17. M?rz 1993 und 7. Juni 1996, der Rheumaklinik F. \_\_\_ vom 19. November 1990, von Dr. med. G. \_\_\_, FMH ORL, spez. Hals- und Gesichtschirurgie, vom 31. Oktober 2002, sowie diejenigen von Dr. A. \_\_\_ vom 19. Mai, 13. Juni und 11. Juli 2003, Urk. 8/8/6-22), woraus sich die bereits aufgef?hrten Diagnosen ergeben. Diesen sind keine Angaben zur Arbeitsf?higkeit zu entnehmen. Dr. A. \_\_\_ konnte auch auf Anforderung der Beschwerdegegnerin hin keine Angaben hierzu machen (Urk. 8/11).

4.1.2?? Dr. Z. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 1. M?rz 2004 (Urk. 8/9) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit (1) einen Verdacht auf eine dissoziative St?rung (Fugue/Stupor), (2) eine Pers?nlichkeitsproblematik seit Jahren (bei Aktivit?t chronische Schmerzen, Depression) sowie (3) ein Polytrauma nach Sturz vom Balkon (Contusio cerebri, Frakturen im Bereich des Gesichtes, Beckens, Humerus, Ellenbogens) seit 1990 (Urk. 8/9/1). Der Gesundheitszustand der Beschwerdef?hrerin sei besserungsf?hig und zurzeit sich verschlechternd (Urk. 8/9/2). Unter dem Titel ?Medizinisch begr?ndete Arbeitsunf?higkeit von mindestens 20% f?r die zuletzt ausge?bten Reinigungsarbeiten? hielt Dr. Z. \_\_\_ fest, dass keine genauen Angaben m?glich seien; die Beschwerdef?hrerin sei aufgrund der psychischen Erkrankung und der Unfallfolgen in ihrer Belastbarkeit bez?glich Haushaltsarbeiten und in einer beruflichen T?tigkeit seit Jahren erheblich eingeschr?nkt. Sie habe sich bisher auf die Unterst?tzung ihrer Kinder und des Ehemannes st?tzen k?nnen; seit sie einer T?tigkeit als Raumpflegerin nachgehe, sei die Behinderung deutlicher und belastender geworden (Urk. 8/9/1). Am 15. M?rz 2004 informierte Dr. Z. \_\_\_ die Beschwerdegegnerin, dass seit November 2002 eine Arbeitsunf?higkeit von sicher 80 % bestehe (Urk. 8/12).

4.1.3?? In der Haushaltsabkl?rung am 8. Juni 2004 (Urk. 8/14) gab die Beschwerdef?hrerin an, wenn sie gesund w?re, w?rde sie weiterhin im Rahmen von 20 % ausserh?uslich erwerbst?tig sein. Sie h?tte ihre Arbeit bei der H. \_\_\_ AG nicht aufgegeben, da sie auf den Lohn angewiesen sei. Sie w?rde das Pensum voraussichtlich in 1-2 Jahren auf ca. 50 % steigern, wenn ihr Sohn (Jahrgang 1999) gr?sser beziehungsweise selbst?ndiger geworden sei. Nach nochmaliger Nachfrage der Abkl?rungsperson best?tigte die Beschwerdef?hrerin diese Angaben (Urk. 8/14/2). Die Abkl?rungsperson kam danach zum Schluss, dass die Beschwerdef?hrerin bei Gesundheit im Umfang von 20 % eine Erwerbst?tigkeit aus?ben und sich im restlichen Umfang von 80 % im Aufgabenbereich des Haushalts bet?tigen w?rde und ermittelte im Haushalt eine Einschr?nkung von 18,1 %, worauf die Beschwerdegegnerin in der Verf?gung vom 21. Juli 2004 (Urk. 8/16) und im

Einspracheentscheid vom 31. August 2004 (Urk. 8/22) abstellte. Unter Anwendung der gemischten Methode errechnete sie darin bei einer Einschränkung im Erwerb zu 100 % einen Invaliditätsgrad von 34 % (Anteil Erwerbstätigkeit: 20 %, Einschränkung: 100 %; Anteil Haushalt: 80 %, Einschränkung: 18,1 %).

4.2.1.1 Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 19. Januar 2011 (Eingang, Urk. 8/23, vgl. auch Urk. 8/27) ergingen der Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2011 (Urk. 8/28) sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. August 2011 (Urk. 8/34).

4.2.1.2 Aus dem Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2011 (Urk. 8/28) gehen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit Jahren (1) eine depressive Entwicklung mit somatischem Syndrom, (2) ein Polytrauma im Jahr 1990 nach Fenstersturz vom Balkon mit einem Schädeldirtrauma (SHT), einer Contusio cerebri links, einer Gesichtsschädelfraktur, einer Sinus cavernosus Fistelung rechts, einem Ellenbogen Humerus- und Radiuskarpfenfraktur links, osteosynthetisiert, einer Periarthropathia coxae und einem Lumbovertebralsyndrom sowie (3) ein Fibromyalgiesyndrom hervor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte der Hausarzt einen rezidivierenden Drehschwindel unklarer Ätiologie seit 2003 sowie eine bronchiale Hyperreaktivität (Urk. 8/28/5). Die Prognose bezüglich der vollen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sei wegen der Gesamtsituation - schlechte Ausbildung, geringe Deutschkenntnisse, mangelnde Berufsidentität, tiefe Eigenaktivität und chronifiziertes Leiden - weiterhin ungünstig (Urk. 8/28/6).

4.2.1.3 Dr. Y.\_\_\_\_ fügte seinem Bericht die Berichte des D.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2006, der N.\_\_\_\_ vom 4. November 2010 sowie von Dr. med. I.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 29. Dezember 2010 (Urk. 8/28/7-14) bei. Daraus ergibt sich, dass anlässlich einer Konsultation in der Rheumaklinik des D.\_\_\_\_ vom 3. Mai 2006 (1) ein lumboradikuläres Reizsyndrom L5 links, (2) eine Periarthropathia coxae bei einem Status nach instabiler Beckenfraktur 1990, (3) Ellbogenschmerzen links und (4) ein Status nach Polytrauma 1990 nach Fenstersturz (Urk. 8/28/14) diagnostiziert wurden. Eine Arbeitsfähigkeit bei der nur als Hausfrau tätigen Beschwerdeführerin sei nicht attestiert worden (Urk. 8/28/15).

4.2.1.4 Vom 23. September bis 19. Oktober 2010 erfolgte eine stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin in der N.\_\_\_\_. Als Austrittsdiagnosen wurden (1) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), (2) eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und (3) ein chronischer Ehekonflikt (Urk. 8/28/7) gestellt. Die Beschwerdeführerin sei in einem deutlich stabileren Zustand in das ambulante Umfeld ausgetreten. Während des gesamten Aufenthaltes habe sie glaubhaft eine akute Suizidalität verneint (Urk. 8/28/9).

4.2.1.5 Dr. I.\_\_\_\_ diagnostizierte am 29. Dezember 2010 (1) ein Fibromyalgiesyndrom, (2) einen Status nach einer lumboradikulären Reizsymptomatik L5 links 2006, (3) eine Periarthropathia coxae bei einem Status nach instabiler Beckenfraktur 1990 und (4) einen Status nach einem Polytrauma 1990 (Urk. 8/28/12). Nebst dem bereits bekannten Fibromyalgiesyndrom bestanden im Untersuchungsstatus keine Hinweise einer entzündlich rheumatischen Erkrankung oder aktuellen lumboradikulären Reizsymptomatik. Die aktuelle Beschwerdesymptomatik sei wahrscheinlich überlagert durch abgesehen von der Fibromyalgie verstärkte myofasziale Schmerzen im glutealen Bereich (Urk. 8/28/13).

4.2.2?? Der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ nahm zu diesen Vorakten am 28. M?rz 2011 Stellung und f?hrte aus, dass die Beschwerdef?hrerin laut den aktuellen Berichten ihres Hausarztes und dem Konsiliarbericht der N.\_\_\_\_ vorwiegend an einer mittelgradigen Depression und an einer Somatisierungsst?rung leide. Daneben best?nden auch leichtgradige unfallbedingte Einschr?nkungen an der Lendenwirbels?ule, am Becken und am linken Arm. Eine allf?llige Arbeitsunf?higkeit in k?rperlich leidensangepasster T?tigkeit m?sse mit einem psychiatrischen Gutachten bestimmt werden (Urk. 8/35/2).

4.2.3?? Die Beschwerdegegnerin veranlasste daraufhin das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. August 2011 (Urk. 8/34), das auf eigenen Untersuchungen vom 22. August 2011 beruht. Als Diagnosen stellte er eine rezidivierende depressive St?rung, gegenw?rtig leichte depressive Symptomatik ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.00), einen Verdacht auf eine Somatisierungsst?rung (ICD-10: F45.0), einen Verdacht auf eine abh?ngige Pers?nlichkeitsst?rung (ICD-10: F60.7) und einen Status nach einem Polytrauma 1990 als Folge eines Suizidversuchs mit Sch?delhirntrauma und diversen Frakturen, einem Fibromyalgiesyndrom und einer Migr?ne (Urk. 8/34/11). Bei der psychiatrischen Exploration seien keine relevanten Symptome im Sinne einer Somatisierungsst?rung aufgefallen wie zum Beispiel ein unspezifischer Schwindel, ein fixierter Tinnitus oder eine psychovegetative Stresssymptomatik. Die Kopfschmerzen und die Schlafst?rungen h?tten keinen psychosomatischen Zusammenhang. Es bestehe kein fixierter Stresszustand. Auch ein depressiver Zustand - den der Hausarzt zwar als Diagnose auff?hre, aber nicht belege - sei gem?s der Erhebung nicht oder h?chstens leicht vorhanden. Die Suizidalit?t sei gewichen; die Beschwerdef?hrerin pflege gute soziale Kontakte, habe gute Interessen, keine psychische Apathie und keine Appetitst?rungen, keine kognitiven St?rungen. Schreckhaftigkeit und ?ngste h?tten kein relevantes Ausmass, seien nicht fixiert und wirkten sich nicht auf ihre T?tigkeit aus. Bei der Beschwerdef?hrerin imponiere der psychische Zustand als absolut entspannt, nicht belastet. Eine depressive oder Angstsymptomatik deute sich nirgends an (Urk. 8/34/12-13 Ziff. 5 unten). Unter der Beurteilung der Arbeitsf?higkeit hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass weder generell in einer ausw?rtigen Erwerbst?tigkeit noch in der Haushaltsarbeit aus psychiatrischer Sicht eine f?r die Invalidenversicherung relevante Arbeitsunf?higkeit bestehe. Diese Einsch?tzung gelte f?r heute und mit grosser Wahrscheinlichkeit seit dem Austritt aus der psychiatrischen Klinik im Oktober 2010; die Prognose erscheine ungetr?bt. Die Frage nach medizinischen und beruflichen Massnahmen entfalle. Die im letzten Oktober eingeleitete psychotherapeutische und medikament?se antidepressive Behandlung habe sich bew?hrt (Urk. 8/34/13 Ziff. 6).

4.2.4?? Erst im Beschwerdeverfahren und nach dem zweiten Schriftenwechsel reichte die Beschwerdef?hrerin am 16. April 2012 (Urk. 16) eine Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. K.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Supervisor, Zentrum O.\_\_\_\_, vom 23. M?rz 2012 (Urk. 17) zum Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. August 2011 (Urk. 8/34) ein. Dieser ist zu entnehmen, dass die Haushaltsabkl?rung vom 17. Juni 2004 (Urk. 8/14) mit einer 20%igen Erwerbst?tigkeit und einem 80%igen Haushalt falsch sei, da die Beschwerdef?hrerin im Gesundheitsfalle 100 % arbeiten w?rde, da die Kinder jetzt gross seien (Urk. 17 S. 1). Die richtigen Diagnosen sollen ihrer Ansicht nach lauten (Urk. 17 S. 4):

????????????????? 1.? Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1)

????????????????? 2.??? Anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (F45.4)

3.??? Spezifische isolierte Phobie (40.2)

4.??? Adipositas (E66.0, BMI=31)

5.??? St.n. Suizidversuch 1990 (X80)

6.??? Rezidivierendes zervicovertebrales Schmerzsyndrom (Dr. Bestmann, 10.03.10)

7.??? Rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom m/b

????? - Diskushernie L4/5 mit Reizung der Nervenwurzel li. recessal (KSW 25.01.06)

8.??? Fibromyalgiesyndrom (Dr. med. I. \_\_\_ 27.08.11)

9. St.n. Sch?del-Hirntrauma bei Suizidversuch aus dem 5. Stock 15.04.90 m/b

????? - mit Contusio cerebri parieto-occipital re. (Dr. G?ttling 19.05.03) mit ? h?chstwahrscheinlich Kontusionsnarbe (MRI 22.04.03 Dr. G?ttling, 19.03.03)

????? - mit Beckenfraktur, Humerusfrakturen (KSW 14.08.90)

????? - Periarthropathia coxae (KSW 25.01.06)

????? - Schmerzen li. Arm und Handgelenk

10.? St.n. erneutem Unfall am 07.08.90 mit Sturz in die Wohnwand m/b

????? - Commotio cerebri (KSW 14.08.90)?

Die Beschwerdef?hrerin sei heute 100 % arbeitsunf?hig. Als positives Leistungsbild gaben Dr. J. \_\_\_ und Dr. K. \_\_\_ an, dass die Beschwerdef?hrerin noch in der Stadt Auto fahren k?nne, kleine Eink?ufe erledige und ca. 60 Minuten an guten Tagen spazieren gehe. Als negatives Leistungsbild bestehe Folgendes: keine Haushaltst?tigkeit, kein Stress, keine l?ngere Reisef?higkeit, keine schwereren Arbeiten. Die Beschwerdef?hrerin sei aufgrund dieses positiven und negativen Leistungsbildes sowie der neuropsychologisch best?tigten Depression, der ?ngste und Schmerzverarbeitungsst?rung auch f?r angepasste T?tigkeiten 100 % arbeitsunf?hig. Insgesamt resultierten aus der oberfl?chlichen Befragung des Gutachters vollst?ndig falsche Schlussfolgerungen mit einer deutlich positiv ?berzeichneten Situation der Beschwerdef?hrerin, zus?tzlich fehlten im Gutachten vollst?ndig Objektivierungsversuche, womit darauf nicht abzustellen sei (Urk. 17 S. 4).

5.?????

5.1???? Die sowohl in diesem Bericht von Dr. J. \_\_\_ und Dr. K. \_\_\_ (Urk. 17) als auch die in der Beschwerdeschrift vorgetragene Kritik (Urk. 1 S. 13-20) am psychiatrischen Gutachten von Dr. C. \_\_\_ vom 27. August 2011 (Urk. 8/34) erweist sich als unbegr?ndet.

Das auf einer eingehenden fach?rztlichen Untersuchung und den anamnestisch erhobenen Befunden gr?ndende Gutachten erf?llt die von der Rechtsprechung an den Beweiswert einer ?rztlichen Beurteilung gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.6). Es ist gut nachvollziehbar, schl?ssig und nimmt insbesondere begr?ndet Stellung zu der abweichenden Einsch?tzung des Hausarztes Dr. Y. \_\_\_, welcher am 21. Februar 2004 (Urk. 8/8) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit eine depressive Episode und

am 18. Februar 2011 eine depressive Entwicklung mit somatischem Syndrom (Urk. 8/28) stellte. Der Gutachter hielt dabei fest, dass vom Zeitpunkt der Untersuchung aus gesehen, höchstens ein leicht depressiver Zustand und allenfalls Somatisierungsstörungen angenommen werden könnten; eine spezifisch antidepressive Therapie sei auch nicht eingeleitet worden (Urk. 8/34/12).

??????? Seine Beurteilung überzeugt mehr als diejenige des Hausarztes Dr. Y.\_\_\_\_ (Urk. 8/28), der als Facharzt der Allgemeinen Medizin nicht über die notwendigen fachlichen Voraussetzungen für eine entsprechende Diagnosestellung verfügt (vgl. zur Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung BGE 130 V 353 E. 2.2.2). Auch seine Auseinandersetzung mit den früheren Beurteilungen der Klinik L.\_\_\_\_ (Bericht der N.\_\_\_\_ vom 4. November 2010, Urk. 8/28/7) ist sorgfältig und überzeugend begründet (vgl. Urk. 8/34/12). Zu Recht wies Dr. C.\_\_\_\_ darauf hin, dass es nach einer in der Klinik diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom zu einer raschen Besserung des Zustandes gekommen sei. Aus dem Bericht der N.\_\_\_\_ vom 4. November 2010 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in einem deutlich stabileren Zustand in das ambulante Umfeld ausgetreten sei (Urk. 8/28/9).

??????? Unbehelflich ist weiter der pauschale Einwand der Beschwerdeführerin, der Gutachter habe ihre behandelnde Psychologin M.\_\_\_\_ nicht konsultiert beziehungsweise keinen Bericht bei dieser eingeholt und die aktuelle psychologische Behandlung bei der Psychologin nicht berücksichtigt (Urk. 1 S. 16). Aus dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. August 2011 (Urk. 8/34) ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin seit dem letzten Oktober zur Psychologin M.\_\_\_\_ in Winterthur (zum damaligen Zeitpunkt ein- bis zweimal pro Monat) gehe und von einem Arzt in der gleichen Praxis Citalopram 40 mg erhalte, welches ihr helfe. Laut Angaben der Beschwerdeführerin sei der Zustand derselbe geblieben, aber das Reden tue ihr gut (Urk. 8/34/8). Damit ist die Behandlung bei der Psychologin M.\_\_\_\_ im Gutachten ausreichend berücksichtigt. Hiervon abgesehen sind Anfragen bei den behandelnden Ärzten oder einer Psychologin unter anderem dann wertvoll, wenn diese erweiterte Auskünfte über Persönlichkeit und Arbeits(un)fähigkeit unter dem Aspekt der gesamten psychischen Störungen erwarten lassen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_668/2010 vom 15. März 2011 E. 6.2 und 756/05 vom 24. Januar 2006 E. 2.3). Solche Umstände liegen hier nicht vor.

??????? Ebenso wenig ist von mangelnder Aktenkenntnis bei Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 1 S. 6-7) auszugehen. Die ihm vorliegenden Vorakten hat er im Gutachten detailliert aufgeführt (Urk. 8/34/2-6) und diese fliessen - soweit notwendig - in seine Beurteilung ein (Urk. 8/34/10-12). Nicht ersichtlich ist dabei, weshalb der Gutachter notwendigerweise auch Berichte aus den Jahren vor 2003 hätte auflisten sollen, da die Beschwerdeführerin am 20. Januar 2004 (Urk. 8/3) erneut ein Leistungsbegehren eingereicht hatte und dieses mit dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 31. August 2004 (Urk. 8/22) abgewiesen wurde.

??????? Soweit die Beschwerdeführerin dem Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ suggestive Fragen hinsichtlich ihrer Ehekonflikte vorwirft (Urk. 1 S. 17 f.), verkennt sie, dass es Aufgabe des Gutachters ist, die zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dienlichen anamnestischen und befundmässigen Angaben zu machen und kein psychotherapeutisches Setting gefragt ist. Dr. C.\_\_\_\_ führte selber aus, dass die Beschwerdeführerin bezüglich psychischer Schwierigkeiten eine deutliche Abwehrhaltung habe und Beschwerden nur auf Befragen angebe. Auch wenn er sie nach psychischen Schwierigkeiten frage, ändere sich ihr entspanntes Verhalten nicht und ein Leidensdruck komme ebenfalls nicht zum Vorschein.

Auch beim Thema der Aggressivität des Ehemannes bleibe sie stets gefasst (Urk. 8/34/10). Demnach dienten die Fragen des Gutachters der objektiven Befunderhebung, und es kann - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 18) - nicht auf eine mangelnde Objektivität oder Parteilichkeit geschlossen werden. Aus allen Arztberichten und dem Gutachten geht weiter hervor (vgl. Urk. 8/28/6, Urk. 8/28/7, Urk. 8/34, Urk. 17 S. 3), dass die Situation der Beschwerdeführerin nicht unwesentlich durch psychosoziale - und damit versicherungsrechtlich unbeachtliche - Faktoren bestimmt wird. In Bezug auf die geringste -usserst kurze Beobachtung und Befragung von Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 1 S. 19) ist ferner zu bemerken, dass von der Dauer der Untersuchung nicht auf die Zuverlässigkeit einer Begutachtung geschlossen werden kann, solange diese den praxisgemäßen Kriterien entspricht (Urteile des Bundesgerichts 8C\_448/2009 vom 27. Juli 2009 E. 2.2 und 8C\_485/2010 vom 21. September 2010 E. 2.4.3). Dies ist vorliegend auch der Fall. Die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation werden im Gutachten eingehend erörtert, und die Schlussfolgerungen sind begründet (Urk. 8/34/11). Die von Dr. C.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit in einer auswärtigen Erwerbstätigkeit sowie im Haushalt (Urk. 8/34/13 Ziff. 6) erscheinen im Hinblick auf die gestellten Diagnosen sowie die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 8/34/6-9) als plausibel.

Die Kritik von Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ (Urk. 17) an der Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachtens (Urk. 8/34) ist nicht derart substantiiert und überzeugend, als dass sie geeignet wäre, die fachärztlichen Feststellungen darin in Zweifel zu ziehen. Soweit in ihrem Bericht vom 23. März 2012 "objektiv" eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird (Urk. 17 S. 2), beruht diese weitgehend auf den subjektiven Schilderungen und Selbsteinschätzungen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 17 S. 2 f.), und insbesondere führen sie keine entsprechenden objektivierbaren psychopathologischen Befunde an. Aus ihrer Beurteilung geht zudem nicht hervor, weshalb aufgrund der geklagten Beschwerden eine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für behinderungsangepasste Arbeiten resultieren soll und eine Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzstörungen nicht zumutbar wäre. Ihre Feststellungen überzeugen umso weniger, als der Beschwerdeführerin gewisse Alltagsaktivitäten (beispielsweise selbständig Auto zu fahren) offensichtlich noch möglich sind (vgl. Urk. 17 S. 4). Des Weiteren gilt bei ihren Einschätzungen zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte beziehungsweise Parteigutachter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, womit ihre Einschätzungen grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ im Bericht 23. März 2012 (Urk. 17) vermag damit die Ergebnisse des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. August 2011 (Urk. 8/34) nicht in Frage zu stellen.

5.2.2.2 Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin erscheint die ärztliche Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ (Urk. 8/35/2), dass die vorliegenden Akten in somatischer Hinsicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in den der Beschwerdeführerin offen stehenden Hilfstätigkeiten ergeben, als schlüssig. Diesbezüglich nennt der Hausarzt Dr. Y.\_\_\_\_ keine neuen Einschränkungen (Urk. 8/28, E. 4.2.1) und geht bereits aus seinem Bericht vom 21. Februar 2004 (Urk. 8/8) hervor, dass im Vordergrund die Schmerz- sowie Schwindelproblematik stehen und sich seine therapeutischen Bemühungen auf die Schmerzverarbeitung und Bewältigung des Alltags richteten. Hieran hat sich laut dem neusten Bericht vom 18. Februar 2011 nichts geändert (Urk. 8/28/6). Eine psychiatrische Behandlung erachtete er allerdings wegen des sehr organisch ausgerichteten

Krankheitskonzepts mit starker Fixierung auf die Schmerzproblematik sowie der Energielosigkeit und des Schwindels wenig erfolgsversprechend (Urk. 8/8/2). Die Schwindelproblematik konnten die bereits 2003 konsiliarisch beigezogene Neurologin Dr. A.\_\_\_\_ (Urk. 8/11) sowie der ORL-Spezialist Dr. G.\_\_\_\_ (Urk. 8/8/21-22) keiner Ursache zuordnen. Der Rheumatologe Dr. I.\_\_\_\_ fand im Dezember 2010 keine eindeutig rheumatologische Erkrankung oder aktuelle lumboradikuläre Reizsymptomatik, sondern verwies auf die Diagnose einer Fibromyalgie und äusserte den Verdacht von myofaszialen Schmerzen (Urk. 8/28/13). Auch die Rheumaklinik des Kantonsspitals Winterthur vermerkte im Konsiliarbericht vom 22. Mai 2006 (Urk. 8/28/14) eine insgesamt Verbesserung sowohl der lumbalen als auch der ausstrahlenden Schmerzen ins linke Bein unter dreimonatiger medizinischer Trainingstherapie und empfahl eine Fortführung von Aquagymnastik. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin nebst der hausärztlichen Kontrolle und einer Gesprächstherapie bei der Psychologin M.\_\_\_\_ keine spezifisch rheumatologische Behandlung in Anspruch nimmt und sich auch dem Austrittsbericht des N.\_\_\_\_ vom 4. November 2010 kein behandlungsbedürftiger Somato- oder Neurostatus entnehmen lässt (Urk. 8/28/8). Es ist daher mit Dr. E.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass eine eingehende somatoforme Abklärung keine über die Schmerzproblematik hinaus gehende Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit ergibt (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 137 V 69 E. 5.2, BGE 136 I 236 E. 5.3).

5.3???? Unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage ist ausgewiesen, dass sich die Einschränkungen der Beschwerdeführerin weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht auf ihr Arbeitsfähigkeit auswirken und ihr seit dem Austritt aus der Klinik N.\_\_\_\_ im Oktober 2010, jedenfalls seit der gutachterlichen Untersuchungen im August 2011 (Urk. 8/34/13), sowohl eine auswärtige Erwerbstätigkeit als auch eine Haushaltsarbeit zumutbar sind.

6.?????

6.1???? Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Haushaltabklärung zur Ermittlung einer allfälligen gesundheitsbedingten Leistungseinbusse der Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich (Urk. 2). Die Beschwerdeführerin beanstandet dies und beantragt einen aktuellen Haushaltbericht (Urk. 1 S. 22). In der Stellungnahme des Zentrums O.\_\_\_\_ vom 23. März 2012 (Urk. 17) wird ebenfalls vorgebracht, die Beschwerdeführerin würde im Gesundheitsfalle 100 % arbeiten, da die Kinder jetzt gross seien. Ferner wird kommentarlos eine 14%ige Einschränkung im Haushalt genannt (Urk. 17 S. 1).

6.2???? Zu beachten ist jedoch, dass der Invaliditätsgrad im Haushaltsbereich in der Regel geringer ist als derjenige im Erwerbsbereich, da im Haushalt hauptsächlich leichtere bis mittelschwere Tätigkeiten zu verrichten sind und es den invaliden Hausfrauen im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht zumutbar ist, ihre Arbeit einzuteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch zu nehmen (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen). Ferner ist von Belang, dass weder im psychiatrischen Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. August 2011 (Urk. 8/34) noch in weiteren Arztberichten davon Rede ist, dass die Beschwerdeführerin ihre Haushaltarbeiten nicht wahrnehmen kann. Unter diesen Umständen durfte die Beschwerdegegnerin von einer aktuellen Ermittlung des Invaliditätsgrades im Aufgabenbereich mittels einer Haushaltabklärung absehen. Angesichts der medizinischen Aktenlage kann auch offen bleiben, ob die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden in einem höheren als dem angestammten Pensum von rund 20 % erwerbstätig wäre.

7.?????? Diese Erw?gungen f?hren zur vollumf?nglichen Abweisung der Beschwerde.

8.?????? Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabh?ngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdef?hrerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdef?hrerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- lic. iur. Marco Goricki

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle, unter Beilage der Kopien von Urk. 16 und Urk. 17

- Bundesamt f?r 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 ?ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w?hrend 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 Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdef?hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in H?nden hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht ver?ffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.