

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00112 vom 12. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00112

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00112 du 12 décembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00112 del 12 dicembre 2012

Erwägungen

E. 2

Es seien meine offerierten Beweise allesamt abzunehmen und bei Unklarheiten bei der Unterzeichnende rÄ¼ckzufragen.

E. 3

mit Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten IV-Stelle des Kantons Zürich."

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gleichzeitig ersuchte sie in prozessualer Hinsicht, ihre Beweisofferten und Beilagen seien abzunehmen oder sie sei persönlich vorzuladen (Urk. 1 S. 5).

2.2 Ä Ä Ä Ä Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2012 um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte (Urk. 6), wurde der Beschwerdeführerin am 29. Februar 2012 mitgeteilt, dass eine Öffentliche Verhandlung nur auf unmissverständlichen Antrag hin angeordnet werde, wobei das hiesige Gericht ihren eventualiter gestellten Antrag auf eine persönliche Befragung weder als notwendig noch als geeignetes Beweismittel erachte (Urk. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Eingabe vom 15. März 2012 ersuchte die Beschwerdeführerin um Durchführung einer Öffentlichen Verhandlung (Urk. 9). Mit Schreiben vom 30. Oktober 2012 teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass sie auf eine Teilnahme an der Verhandlung verzichte (Urk. 13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 26. November 2012 wurde eine Öffentliche Verhandlung durchgeführt, in der die Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen festhielt (Urk. 17, Prot. S. 2 ff.) und weitere Unterlagen zu den Akten einreichte (Urk. 17/1-9).

2.3 Ä Ä Ä Ä Auf die Vorbringen der Parteien sowie die Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

1.1 Ä Ä Ä Ä

1.1.1 Ä Ä 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).

1.1.2 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 ter IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.1.3 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 3 ter IVG) in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode. Ob eine versicherte Person als ganz- oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist? was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich - auch nach Inkraft-Treten des ATSG (vgl. SVR 2005 IV Nr. 21 S. 83 E. 4.2 mit Hinweis [I 249/04]) - aus der Prüfung, was die Person bei im übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. Das Kriterium der Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit bezieht sich nicht auf den Gesundheits-, sondern auf den Invaliditätsfall. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV; BGE 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53 und E. 5.2 S. 54; SVR 2006 IV Nr. 42 S. 151, E. 5.1.2, I 156/04; vgl. auch BGE 125 V 146 E. 5c/bb S. 157). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Sie findet auch Anwendung, wenn der versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben

würde (BGE 133 V 504 E. 3.3 in fine; vgl. auch BGE 133 V 477 E. 6.3 S. 486). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts I 266/05 vom 11. April 2006 E. 4.2, vgl. auch BGE 133 V 504 E. 3.3).

1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit 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 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).

Nach Art. 29 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3).

1.3 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 präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuwählende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichlichen, 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. Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf das C.___-Gutachten vom 8. Juni 2011 (Urk. 7/19) sowie die ergänzende Stellungnahme des C.___ vom 5. Dezember 2011 (Urk. 7/32) davon ausgeht, dass zumindest ab 1. Januar 2010 die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin (Büro und Haushalt) durch ihre Erkrankung nicht wesentlich eingeschränkt sei (Urk. 2), beanstandet die Beschwerdeführerin das C.___-Gutachten als Gefälligkeitsgutachten zugunsten der Beschwerdegegnerin und verweist dazu auf die Berichte des D.___ vom 5. Oktober 2010 (Urk. 3/3) und 28. September 2011 (richtig: 8. September 2011, Urk. 7/29/1 = Urk. 3/4) sowie der behandelnden Ärzte, welche bei ihr einerseits eine Polymyositis diagnostiziert und andererseits eine weitgehende Arbeitsunfähigkeit festgestellt hätten (Urk. 1 S. 2 f.). Ihr sei damit seit 20. September 2010 eine Invalidenrente entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit allenfalls seit 3. Oktober 2009 (Start der bezugten Arbeitsunfähigkeit) zuzusprechen (Urk. 1 S. 5).

3. Die medizinische Situation bei der Beschwerdeführerin stellt sich aufgrund der Akten wie folgt dar:

3.1 Dr. med. E.___, Innere Medizin FMH, Spezialarzt für Kardiologie stellte in seinem Bericht vom 10. Oktober 2007 (Urk. 7/8/16-17) als Diagnosen (1) ein metabolisches Syndrom und (2) Gonarthrosen beidseits.

3.2 Dr. A.___, der die Beschwerdeführerin seit September 2005 betreute (Urk. 7/12/5), diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. August 2009 (Urk. 7/12/20-21) mit Zuweisung an das D.___ (1) eine unklare, entzündlich-rheumatische Erkrankung (mit Verdacht auf eine sekundäre Fibromyalgie und einen substituierten Vitamin D-Mangel), (2) eine Hypothyreose (nicht substituiert) und (3) einen Diabetes mellitus Typ 2 (Urk. 7/12/20). Insgesamt sei ihm das Krankheitsbild der Beschwerdeführerin nicht ganz klar (Urk. 7/12/21).

3.3 Auf Veranlassung der Hausärztin Dr. Z.___, die die Beschwerdeführerin seit Juli 2009 betreute, wurde sie zur Abklärung einer unklaren entzündlich-rheumatischen Erkrankung mit multilokulären Schmerzen sowie von persistierend leicht erhöhten Entzündungsparametern im D.___ vom 3. September bis 3. Oktober 2009 hospitalisiert.

Aus dem Austrittsbericht des D.___ vom 5. Oktober 2009 (Urk. 7/8/6-9) gehen als Diagnosen (1) eine Myopathie offener Aetiologie, (2) degenerative Veränderung des Bewegungsapparates, (3) eine latente Hypothyreose, (4) ein Vitamin D-Mangel, (5) eine arterielle Hypertonie, (6) ein Diabetes mellitus Typ 2, (7) eine Adipositas Grad II (BMI 37,8 kg/m²), (8) eine Mischinkontinenz sowie (9) eine mittelgradige depressive Episode mit Panikattacke (bei einem chronischen Erschöpfungszustand, Hoffnungslosigkeit und chronischer Schmerzen beim Verdacht auf Polymyositis, Harninkontinenz) hervor (Urk. 7/8/6). Die Beschwerdeführerin habe ohne medikamentöse Therapie eine zunehmende, subjektive Besserung der Beschwerden angegeben, sodass die Diagnose einer

Polymyositis nicht eindeutig gestellt werden können. Sollten die Beschwerden sowie die erhöhten Entzündungswerte persistieren, müsste erneut an die Diagnose einer Polymyositis gedacht werden (Urk. 7/8/8 Ad 1). Die Röntgenaufnahmen vom 23. September 2009 ergaben eine bilaterale rechts und medial betonte Gonarthrose sowie eine Femoropatellararthrose (Urk. 7/8/11). Aufgrund der veranlassten konsiliarischen urogynäkologischen Abklärungen gingen die Ärzte hinsichtlich der Mischinkontinenz von einer überaktiven Blase aus, wofür sie den Diabetes und die Medikamente als mitverantwortlich vermuteten (Urk. 7/8/13). Im Anschluss an diese Abklärungen nahmen die Ärzte des D. ___ die Beschwerdeführerin in ein 10-wöchiges Ambulantes Interdisziplinäres Schmerz-Programm (AISP) auf (Urk. 7/8/15).

3.4.4 Dr. Z. ___ stellte in ihrem Bericht vom 5. Oktober 2010 (Urk. 7/8) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine Polymyositis (Erstdiagnose Oktober 2009, vermutlich vor 2008 bestehend) sowie (2) eine Gonarthrose beidseits seit Juli 1998 (Urk. 7/8/1 Ziff. 1.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie (1) eine Hypothyreose seit Juli 2009, (2) einen Diabetes mellitus Typ 2 seit Juli 2009 und (3) ein metabolisches Syndrom seit Oktober 2007. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch reduziert zumutbar, ein 100%iges Pensum sei nicht möglich; aktuell bestehe eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei die Prognose schwierig (Urk. 7/8/2 Ziff. 1.7).

In ihrem Bericht vom 8. Januar 2010 (Urk. 7/1/16) zuhanden des Krankentaggeldversicherers stellte Dr. Z. ___ als Diagnosen (1) einen Verdacht auf Myopathie offener Aetiologie (differentialdiagnostisch eine Polymyositis), (2) degenerative Veränderung des Bewegungsapparates, (3) eine latente Hypothyreose, (4) einen Vitamin D-Mangel, (5) einen Diabetes mellitus Typ 2 und (6) eine arterielle Hypertonie. Bei einem persistierend hohen BSR-Wert von 70 (unverändert zum Vorwert im Juli) lägen sicher eine entzündliche Erkrankung und Schmerzen im Sinne einer Polymyositis vor. Die Beschwerdeführerin sei dringendst auf Hilfe im Haushalt angewiesen. Gewisse Arbeiten, vor allem Büroarbeiten und Arbeiten in bereits leicht gebückter Haltung, seien ihr aufgrund der Schmerzen nicht möglich.

In ihrem Verlaufsbericht vom 28. April 2010 (Urk. 7/1/3) führte Dr. Z. ___ als Diagnosen (1) eine Polymyositis, (2) degenerative Veränderung des Bewegungsapparates, (3) eine mittelgradige depressive Episode (bei chronischen Schmerzen bei Polymyositis und einem chronischen Erschöpfungszustand, Hoffnungslosigkeit), (4) eine latente Hypothyreose, (5) einen Diabetes mellitus Typ 2, (6) eine arterielle Hypertonie, (7) eine Adipositas und (8) eine Mischinkontinenz auf. Die Beschwerdeführerin leide unter massiven Schmerzen, die sie im Alltag (Haushalt und Beruf) deutlich einschränkten. Durch ihre reduzierte Arbeitsfähigkeit sei diese auch auf Hilfe im Haushalt angewiesen. Es sei ihr nur über wenige Stunden möglich, ihrer Tätigkeit als Buchhalterin nachzugehen.

Aus mehreren Arztzeugnissen von Dr. Z. ___ (Urk. 7/1/5-9) ergeben sich vom 3. bis 31. Oktober 2009 eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 1. November 2009 bis 31. März 2010 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 1. bis 21. April 2010 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 21. April bis 19. Juli 2010 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 20. Juli bis 31. August 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und vom 1. bis 30. September 2010 wiederum eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit ohne

Angabe von Gründen.

3.5.1. Im Bericht des D. ___ vom 7. Oktober 2010 (Urk. 7/1/13) wurden hinsichtlich des Kostengutsprache gesuches der Beschwerdeführerin für ein AISP als Diagnosen (1) ein chronisches generalisiertes myofasiales Schmerzsyndrom, (2) einen Verdacht auf Myopathie offener Aetiologie, (3) eine Gonarthrose rechts betont, (4) eine Periarthropathia humeroscapularis links und (9) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1), Status nach Panikattacke im September 2009 (Urk. 7/1/14) aufgeführt.

3.5.2. Dr. B. ___ informierte in seinem Bericht vom 21. Oktober 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin, dass sich die Beschwerdeführerin bei ihm in psychotherapeutischer Behandlung befinde, jedoch in ihrer Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei (7/13/6).

3.6.1. Am 22. März 2011 fanden die spezialärztlichen Untersuchungen zur Begutachtung durch das C. ___ statt (Urk. 7/19/1).

3.6.2. Dr. med. F. ___, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie FMH, konnte im internistischen Teilgutachten keine internistische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellen (Urk. 7/19/26). Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er (1) eine Adipositas mit BMI 33 kg/m², (2) eine Hyperlipidämie, (3) einen Diabetes mellitus Typ 2, (4) eine Hypothyreose unter Substitutionstherapie, (5) weichteilrheumatische Beschwerden sowie (6) eine Gonarthrose rechts mit Streckausfall (Urk. 7/19/27). Im Vordergrund standen die Ganzkörperbeschwerden im Sinne eines Weichteilrheumatismus, wobei auch in der rheumatologischen Klinik des D. ___ im September 2009 (Urk. 7/8/13-14) keine sichere Diagnose gestellt worden sei (Urk. 7/19/27). Aus internistischer Sicht bestehe bei der Beschwerdeführerin seit dem heutigen Untersuchungsdatum sowohl in der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer Verweisungstätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 7/19/28).

3.6.3. Im psychiatrischen Teil des Gutachtens (Urk. 7/19/30-35) konnte Dr. med. G. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ebenfalls keine psychiatrischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellen (Urk. 7/19/33). Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie einen Zustand nach längerer depressiver Reaktion seit 2009 (ICD-10: F 43.21). Es sei anzunehmen, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Jahr 2009 eingeschränkt gewesen sei; hierbei habe es sich jedoch um eine kurzfristige Einschränkung gehandelt, über deren detaillierten Verlauf nichts Näheres ausgeführt werden könne. Zumindest ab 1. Januar 2010 sei wieder von einer vollen Belastbarkeit auf dem psychiatrischen Gebiet auszugehen. Somit bestehe aus psychiatrischer Optik eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 7/19/34).

In der Zusammenfassung des Hauptgutachtens im Fachgebiet Rheumatologie (Urk. 7/19/12-13) hielt Dr. med. H. ___, Fachärztin für Rheumatologie, fest, dass im Vordergrund des rheumatologischen Beschwerdebildes ein Ganzkörpererschmerzsyndrom stehe, welches im Schulter-, Nacken- und Becken-/Hüftel mit Schwäche derselben betont sei. Im Rahmen einer vierwöchigen stationären rheumatologischen Untersuchung 2009 habe keine sichere Diagnose gestellt werden können. Differentialdiagnostisch standen eine Polymyalgia rheumatica, eine Fibromyalgie sowie eine Polymyositis zur Diskussion; die erhöhte Entzündungsaktivität (seit Jahren) könne für einen entzündlichen Prozess sprechen. Die polymyalgischen Beschwerden

im Zusammenhang mit einer erhöhten Blutsenkungsreaktion (BSG), die isolierten Lokalbeschwerden der Schultergelenke, Kniegelenke sowie der Wirbelsäule mäßigsten differenziert und voneinander abgegrenzt werden. Der objektivierbare klinische Untersuchungsbefund habe eine Fehllagerung der Wirbelsäule mit muskulären Verspannungen im Halswirbelsäulen(HWS)- und Lendenwirbelsäulen(LWS)-Bereich bei weitgehend freier Beweglichkeit ergeben. Klinisch und sonographisch liessen sich ein linksseitiges Impingementsyndrom mit Teilabriss der Supraspinatussehne objektivieren. Davon abzugrenzen sei das polymyalgische Beschwerdebild im Schulter- und Beckenquartel. Für eine typische Polymyalgia rheumatica sei die Beschwerdeführerin zu jung. Eine Polymyositis habe bei normaler Creatine kinase (CK) und negativen Jo1-PM-Antikörper (negatives ANCA-extrahierbare nukleäre Antigene[ENA]-Screening) weitgehend ausgeschlossen werden können. Zwar spreche der Umstand, dass unter der Basistherapie mit Plaquenil eine Kaschierung der autoimmunen Phänomene erreicht worden sei, für die Polymyositis. Dagegen spreche jedoch die persistierende, unveränderte und eher zunehmende Schmerzsymptomatik trotz normaler Kreatinkinase. Dasselbe spreche gegen eine Dermatomyositis, wofür auch die dafür typischen Hautsymptome nicht nachzuweisen seien. Auch das Bild einer typischen Fibromyalgie lasse sich nicht nachweisen. Am ehesten liege hier eine Myopathie im Rahmen einer manifesten und zu gering dosiert eingestellten Hypothyreose vor, was auch die jahrelangen erhöhten Entzündungsparameter, die Müdigkeit und Erschöpfung, die Hypercholesterinämie sowie die auffallend trockene Haut erklären könnte. Diese sei medizinisch-theoretisch gut einstellbar und stelle keine Arbeitsunfähigkeit dar. Weitere Einschränkungen hätten sich rheumatologischerseits aus dem linksseitigen Impingementsyndrom ergeben, wobei längeres Überkopparbeiten sowie längeres Halten und Tragen von Lasten über 15 kg nicht geeignet seien. Von Seiten der Wirbelsäulensymptomatik sollten nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Wechselbelastung, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, ohne längeres Gehen und Stehen sowie möglichst in Wechselhaltung und nicht in Zwangshaltung ausgeführt werden. Bezüglich der beidseitigen Kniegelenksarthrose sollten längeres Gehen und Stehen sowie Steigen auf Treppen und Leitern vermieden werden. Zusammenfassend bestehe mit den obengenannten Einschränkungen im jetzigen Beruf der Beschwerdeführerin als Bürokraft keine Arbeitsunfähigkeit; dies gelte auch für eine Verweisungstätigkeit mit den obengenannten Einschränkungen (Urk. 7/19/13). Die bisherige Tätigkeit sei zu 8,5 Stunden pro Tag zumutbar, ohne verminderte Leistungsfähigkeit (Urk. 7/19/18).

Die medizinischen Vorakten wärdigten die Gutachter wie folgt: Bereits am 26. Juni 2009 sei eine Hypothyreose diagnostiziert worden, wobei diese Diagnose schon in einem nachgereichten Bericht vom 10. April 2002 aufgeführt sei. In diesem Rahmen seien myalgische Beschwerden aufgetreten, welche jedoch nicht auf die Hypothyreose bezogen worden seien, auch nicht anlässlich des stationären Aufenthaltes im D.... Die Differenzialdiagnosen einer Polymyositis, Polymyalgie und Fibromyalgie seien nicht ausreichend belegt. Insbesondere finde sich keine Bestimmung der CK (Cholinkinase, Muskelenzym). Auch eine beweisende Muskelbiopsie sei nicht durchgeführt worden. Bei der Kostengutsprache für das ambulante interdisziplinäre Schmerzprogramm sei keine gezielte Diagnose genannt worden, sondern von einem chronischen generalisierten myofaszialen Schmerzsyndrom und Verdacht auf Myopathie offener Ätiologie gesprochen worden. Eine weitere Abklärung habe offensichtlich nicht stattgefunden

(Urk. 7/19/16).

Hinsichtlich des Gesundheitsverlaufs wird festgehalten, dass die internistischen Diagnosen (Adipositas permagna, Hyperlipidämie, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2) sowie darüberhinaus eine Gonarthrose beidseits am 10. Oktober 2007 gestellt worden seien. Zwischenzeitlich seien die Hypertonie sowie der Diabetes gut eingestellt und die Kniegelenksbeschwerde hätten sich stabilisiert. 2009 sei dann ein myopathisches Krankheitsbild aufgetreten, das bis heute persistiere und mit Müdigkeit, Erschöpfung und erhöhten Entzündungswerten verbunden sei. Die übrigen Diagnosen würden zu keiner Arbeitsunfähigkeit führen. Anzunehmen sei, dass im Jahr 2009 die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht kurzfristig eingeschränkt gewesen sei. Zumindest ab dem 1. Januar 2010 sei wieder von einer vollen Belastbarkeit auf psychiatrischen Gebiet auszugehen (Urk. 7/19/17).

3.7. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen Austrittsbericht des D. ___ vom 8. September 2011 (Urk. 7/29/1) zuhanden von Dr. Z. ___ ein, woraus sich eine Hospitalisation vom 29. August bis 8. September 2011 dort und als Diagnosen (1) eine Polymyositis, (2) eine Periarthropathia humeroscapularis calcarea et tendopathica links, (3) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont, (4) eine bilaterale medial betonte Gonarthrose und Femoropatellararthrose, (5) eine Hypothyreose bei Status nach Hashimoto-Thyreoiditis, (6) ein metabolisches Syndrom, (7) eine Mischinkontinenz, (8) ein Status nach mittelgradiger depressiver Episode mit Panikattacke 2009, (9) eine Migräne mit visueller Aura (Urk. 7/29/1-2) ergeben. Seit der Behandlung mit Plaquenil seien die Muskel- und Weichteilschmerzen insgesamt nicht mehr so stark vorhanden wie im Jahr 2009; diese Beschwerden würden allerdings immer noch schubweise auftreten (Urk. 7/29/5). Laboranalytisch hätten sich eine moderate Erhöhung der Muskelenzyme als Ausdruck einer Myositis/Myopathie sowie erhöhte BSR-Wert ergeben. Endokrinologisch seien die Hypothyreose und der Diabetes gut eingestellt. Immunologisch hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt, insbesondere seien die Myositis-Autoantikörper und die ANA (antinukleäre Antikörper) negativ gewesen. Die Muskelbiopsie am Institut für Neuropathologie wegen des Verdachtes einer inflammatorischen Myopathie habe ergeben, dass die Befunde mit einer mild ausgeprägten Form einer Polymyositis vereinbar seien. Für Stoffwechselstörungen oder eine mitochondriale Zytopathie hätten sich keine Hinweise gefunden (Urk. 7/29/15).

3.8. Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin zum neusten Befund erläuterten die C. ___-Gutachter am 5. Dezember 2011 (Urk. 7/32), dass mit der im Bericht des D. ___ vom 8. September 2011 (Urk. 7/29/1) angeführten Hauptdiagnose einer Polymyositis gegenüber dem Gutachten von Dr. H. ___ das differentialdiagnostische Gewicht von der von ihr als hypothyreot betrachteten Muskelstörung (Unterfunktion nach Autoimmunthyreoiditis) in Richtung einer entzündlichen Affektion verschoben werde; dies unter anderem mittels Muskelbiopsie, welche allerdings nur milde Veränderungen dieser Art gezeigt habe. Nach der erhöhten Gabe von Schilddrüsenhormonen schein die vorherige Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose) jetzt verbessert. Die Gutachterin Dr. H. ___ habe mit der bisherigen Diagnose in keiner Weise falsch gelegen, da grundsätzlich die Möglichkeit von zwei parallel bestehenden Erkrankungen (Hypothyreose und Muskelentzündung) bestehe, welche sich beide am Skelettmuskel abspielen könnten. Trotz der noch offenen Diskussion zur Pathogenese könne grundsätzlich die Beurteilung der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Sinne der

Formulierungen von Dr. H.____ beibehalten werden (Urk. 7/32/2).

3.9. Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. Z.____ vom 17. Januar 2012 (Urk. 3/9) ein, worin die Hausärztin auf die Diagnose einer Polymyositis im Rahmen der Hospitalisation vom 29. August bis 8. September 2011 am D.____ hinwies. Die Beschwerdeführerin klagte unter euthyreoter Stoffwechsellage über Schmerzen und zeige keine Schmerzbesserung. Sie sei aufgrund ihrer Schmerzen in ihrem Alltag eingeschränkt und könne auch sitzende Tätigkeiten nicht länger ausüben, so dass bisher eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 50 % resultiere.

4. In mehreren Arztzeugnissen bescheinigte Dr. Z.____ für den Zeitraum vom 1. Oktober 2010 bis 16. Januar 2012 eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zwischen 50 % und 100 % ohne Angabe von Gründen (Urk. 3/8).

5. In einem Schreiben des D.____ vom 18. Januar 2012 (Urk. 3/2) zuhanden der Beschwerdeführerin bestätigt Prof. Dr. med. I.____, Klinikdirektor, dass seit Juni 2011 (Zeitpunkt der Begutachtung) wesentliche medizinische Änderungen beziehungsweise ein neues Wissen dokumentiert worden seien. Anlässlich der letzten Hospitalisation vom 29. August bis 8. September 2011 an der Rheumaklinik des D.____ habe die Diagnose einer Polymyositis definitiv (Biopsieresultat) gesichert werden können. Im Rahmen der Polymyositis sei denn auch eine Entzündung verschiedener Gelenke erklärbar, wobei die Polymyositis zu einer beträchtlichen Einschränkung der Belastbarkeit (Schwäche in den proximalen Extremitätenmuskulatur mit Verschlechterung der Muskelkraftwerte auf mehrheitlich unter die 10-Perzentile der Kraft von gesunden Vergleichspersonen; Messung vom 30. August 2011) führe. Inwieweit sich die Muskelkraftwerte durch die Behandlung der Polymyositis verbessern liessen, werde erst der weitere Verlauf zeigen.

4. Die Äußerungen

4.1. Der Umstand allein, dass bei der Beschwerdeführerin nach ihrer Hospitalisation im D.____ vom 29. August bis 8. September 2011 eine Polymyositis diagnostiziert wurde (Urk. 7/29/1 und Urk. 3/2), ist entgegen ihrer Auffassung (Urk. 1 S. 2 f.) nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nachzuweisen, zumal die Muskelbiopsie des Institutes für Neuropathologie, D.____, eine mild ausgeprägte Form der Polymyositis zeigte (Urk. 7/29/15). Weder der Austrittsbericht des D.____ vom 8. September 2011 (Urk. 7/29) noch seine früheren Berichte vom 22. September 2009 (Urk. 7/8/13-14), 2. Oktober 2009 (7/1/1), 5. Oktober 2009 (Urk. 7/8/6-9), 7. Oktober 2009 (7/8/15) und 7. Oktober 2010 (Urk. 7/1/13) enthalten zudem Arbeitsunfähigkeitsschätzungen. Prof. Dr. I.____ hielt zwar in seinem Schreiben vom 18. Januar 2012 (Urk. 3/2) zuhanden der Beschwerdeführerin fest, dass im Rahmen der Polymyositis die Gelenkentzündung erklärbar sei und die Polymyositis zu einer beträchtlichen Einschränkung der Belastbarkeit führe (Schwäche in den proximalen Extremitätenmuskulatur mit Verschlechterung der Muskelkraftwerte auf mehrheitlich unter die 10-Perzentile der Kraft von gesunden Vergleichspersonen). Zeitliche Rahmen für zumutbare adaptierte Tätigkeiten gab er jedoch nicht an. Im Übrigen ist zwischen der in den vorerwähnten Berichten des D.____ und der im C.____-Gutachten erfolgten Diagnosenstellung keine grössere Diskrepanz festzustellen. Zum Zeitpunkt des C.____-Gutachtens vom 8. Juni 2011 (Urk. 7/19) lagen die Berichte des D.____ vom 22. September 2009 (Urk. 7/8/13-14), 2. Oktober 2009 (7/1/1), 5. Oktober 2009 (Urk. 7/8/6-9)

sowie 7. Oktober 2010 (Urk. 7/1/13) vor, welche keine eindeutigen Diagnose enthalten. Wie die C.____-Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2011 (Urk. 7/32) feststellten, besteht grundsätzlich die Möglichkeit von zwei parallel bestehenden Erkrankungen (Hypothyreose und Muskelentzündung), die sich beide am Skelettmuskel abspielen könnten (Urk. 7/32/2). Im C.____-Gutachten vom 8. Juni 2011 (Urk. 7/19) wurde berücksichtigt, dass im Jahr 2009 ein myopathisches Krankheitsbild aufgetreten sei, welches bis zum damaligen Zeitpunkt persistiere und mit Müdigkeit, Erschöpfung sowie erhöhten Entzündungswerten verbunden sei (Urk. 7/19/17). Etwas anderes ergibt sich aus den vorab erwähnten Berichten auch nicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit sind allfällige Abweichungen in diagnostischer Hinsicht von geringer Bedeutung. Für die invalidenversicherungsrechtliche Beurteilung sind nicht die genaue Diagnose, sondern deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit entscheidend (BGE 136 V 281 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V

298 f. E. 4c und 5a).

4.2 Ä Ä Ä Ä Nebst der als völlig falsch angesehenen Diagnostik der Gutachter brachte die Beschwerdeführerin bereits im Einwandverfahren (Urk. 7/39) wie auch in der Beschwerde (Urk. 1) und anlässlich der Hauptverhandlung vom 26. November 2012 (Protokoll S. 2 ff.) verschiedene Kritikpunkte zu den Umständen der gutachterlichen Untersuchungen und den Ausführungen vor. Die als Fehler aufgeführten Wiedergaben ihrer Äusserungen anlässlich der Anamnese sowie soweit sie sich überhaupt verifizieren lassen sind für die Beurteilung der medizinischen Belange nicht relevant bzw. lassen keine Rückschlüsse auf deren Qualität zu. Soweit die Beschwerdeführerin sich anlässlich der Untersuchungen und Befragungen nicht adäquat behandelt oder durch Äusserungen verletzt fühlte, begründen die erwähnten Gegebenheiten noch keinen Anlass, an der Objektivität der Gutachter zu zweifeln. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die gutachterliche Stellung nicht mit derjenigen eines therapeutischen Behandlungsauftrages übereinstimmt und gewisse kritische Fragen dazugehören können.

4.3 Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Auswirkungen der Myositis im konkreten Fall ergeben sich jedoch beachtliche Diskrepanzen zu den Beurteilungen der behandelnden Ärzte, soweit sie sich überhaupt zur medizinisch-theoretischen Arbeits- und Leistungsfähigkeit äussern.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In den Berichten und Arztzeugnissen der behandelnden Ärztin Dr. Z.____ (Urk. 7/1/5-9, Urk. 7/1/16, Urk. 7/8, Urk. 3/8) finden sich keine Attestierungen einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Aus ihrem Bericht vom 17. Januar 2012 geht einzig hervor, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Schmerzen in ihrem Alltag eingeschränkt sei und diese auch sitzende Tätigkeiten nicht länger ausüben könne, so dass bisher eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 50 % resultiere (Urk. 3/9). Aus der Beurteilung der Hausärztin ist jedoch nicht ersichtlich, weshalb aufgrund der geklagten Beschwerden durchgehend eine 50%ige bis 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit resultieren soll

und eine Willensanstrengung zur Überwindung der Beschwerden nicht zumutbar wäre. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Ansicht (Urk. 1) sind auch glaubhafte Schmerzen, unabhängig davon, ob sie somatisch erklärt werden können, für sich

allein noch nicht invalidisierend, denn nach der hÄ¶chststrichterlichen Praxis besteht die Vermutung, dass solche Beschwerden oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung Ä¼berwindbar und deshalb invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant sind (BGE 131 V 50 E. 1.2). Damit erweisen sich die Berichte von Dr. Z.____ (Urk. 7/1/16, Urk. 7/1/3, Urk. 7/8, Urk. 3/9) hinsichtlich der ArbeitsfÄ¶higkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin als nicht schlÄ¼ssig, und es kann darauf mangels einer Ä¼berzeugenden und nachvollziehbaren BegrÄ¼ndung nicht abgestellt werden. Bei ihren Angaben gilt weiter zu berÄ¼cksichtigen, dass behandelnde Ä¼rzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, womit ihre EinschÄ¼tzungen grundsÄ¼tzlich mit Vorbehalt zu wÄ¼rdigen sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Das auf ausfÄ¼hrlichen medizinischen AbklÄ¼rungen und den anamnestisch erhobenen Befunden grÄ¼ndende C.____-Gutachten vom 8. Juni 2011 (Urk. 7/19) erfÄ¼llt dagegen die von der Rechtsprechung an den Beweiswert einer Ä¼rztlichen Beurteilung gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.3). Es ist gut nachvollziehbar, schlÄ¼ssig, berÄ¼cksichtigt die relevanten Vorakten (vgl. Urk. 7/19/3-5) und bezieht die geklagten Beschwerden mit ein (Urk. 7/19/6-7, Urk. 7/19/30). Die medizinischen ZusammenhÄ¼nge und die medizinische Situation werden eingehend erÄ¼rtert und die Schlussfolgerungen sind Ä¼berzeugend (Urk. 7/19/9-10, Urk. 7/19/12-13, Urk. 7/19/15-19, Urk. 7/19/34). Die rheumatologische GutÄ¼chterin Dr. H.____ nimmt insbesondere begrÄ¼ndet Stellung zu den EinschÄ¼tzungen in den frÄ¼heren Berichten des D.____ vom 5. Oktober 2009 (Urk. 7/8/6-9) sowie zur Magnetresonanzaufnahme (MRI) der LWS vom 23. Januar 2009 (Urk. 7/19/12-13). In der Gesamtbeurteilung (Urk. 7/19/16) setzten sich die Gutachter ebenfalls mit den frÄ¼heren Berichten auseinander. Die Stellungnahme des C.____ vom 5. Dezember 2011 (Urk. 7/32) zum neusten Befund des D.____ vom 8. September 2011 (Urk. 7/29) ist einleuchtend.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Zu beachten ist jedoch, dass der klinische Befund im Bericht des D.____ vom 8. September 2011 (Urk. 7/29/2) einerseits an den Handgelenken beidseits teiÄ¼gige Schwellungen auffÄ¼hrt, wÄ¼hrend anÄ¼sslich der Untersuchung im C.____ vom 22. MÄ¼rz 2011 noch eine freie Beweglichkeit der Handgelenke und keine Schwellung vermerkt wurden (Urk. 7/19/9). Ferner hielten die Ä¼rzte des D.____ eine hypotrophe Muskulatur vor allem der unteren ExtremitÄ¼ten und im VerÄ¼gleich zum letzten stationÄ¼ren Aufenthalt eine Abnahme der Muskelkraft mit vor allem bei der Ellbogen- und Knieflexion rechts sowie Knieextension beidÄ¼seits klar pathologischen Werten fest. Schliesslich fÄ¼hrten sie im Schreiben vom 18. Januar 2012 zuhanden der BeschwerdefÄ¼hrerin (Urk. 3/2) aus, dass sich anÄ¼sslich der Kraftmessung im August 2011 eine deutliche Reduktion auf mehrheitlich unter die 10-Perzentile der Kraft gesunder Vergleichspersonen ergeben habe. Ob zwischenzeitlich eine Verbesserung durch die eingeleitete medikamentÄ¼se Behandlung eingetreten ist, lÄ¼sst sich nicht abschliessend beurteilen. Immerhin berichteten die behandelnden Ä¼rzte des D.____ am 1. November 2012 (Urk. 17/1), dass das Methotrexat wegen UnvertrÄ¼glichkeit habe abgesetzt werden mÄ¼ssen und auch unter Sandimmun stÄ¼rkere Nebenwirkungen aufgetreten seien. Die Behandlung mit Imurek habe zwar die Polymyositis insofern stabilisiert, als dass sich keine Schubsituation mehr eingestellt habe. Trotzdem bestÄ¼nden nach wie vor muskulÄ¼re Schmerzen insbesondere im Bereich der proximalen ExtremitÄ¼ten mit eingeschrÄ¼nkter Kraft. Nebst den muskulÄ¼ren Problemen bestehe eine ausgesprochene MÄ¼digkeit. Im

Ähnlichen zeigte sich auch unter euthyreoter Stoffwechsellage keine Schmerzbesserung (Urk. 3/9).

Es ist daher nicht auszuschliessen, dass seit den Untersuchungen im C.____ (März 2011) und noch vor Verfügungserslass (27. Dezember 2011) eine Verschlechterung der Leistungsfähigkeit eingetreten ist, welche hier zu berücksichtigen wäre. Insbesondere ging die rheumatologische Gutachterin der C.____ davon aus, dass die medikamentöse Einstellung der Hypothyreose zu gering sei, was nach Angaben in den neusten Berichten des D.____ nicht (mehr) zutrifft. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die Gutachter die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich im angestammten Bereich einer kaufmännischen Tätigkeit beurteilt haben und grundsätzlich von einer Behandelbarkeit der muskulären Schmerzen (unabhängig der zugrundeliegenden Krankheit) ausgegangen waren (Urk. 7/32/2), was angesichts der neusten Berichte jedoch fraglich ist. Ausserdem fehlt im C.____-Gutachten vom 8. Juni 2011 eine Auseinandersetzung mit der von den behandelnden Ärzten wiederholt genannten Mähdigkeit, welche - jedoch ohne Begründung - auf die rheumatologische Erkrankung zurückgeführt wird. Schliesslich kann aufgrund der vorliegenden Akten auch nicht abschliessend beurteilt werden, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ausserhäuslich bzw. gegen Entgelt berufstätig wäre, und es ist nicht auszuschliessen, dass sich auch die von den Gutachtern erkannten Leistungseinbussen im Aufgabenbereich weitergehender auswirken, als in einer kaufmännischen Tätigkeit. Hierzu gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Hauptverhandlung zu Protokoll (S. 6 f.), weiterhin die Brotkärtigkeit für ihren Ehemann auszuführen, was einem notwendigen Aufwand zwischen 400 und 500 Stunden pro Jahr entsprechen würde und daneben für die Erbengemeinschaft J.____ (Liegenschaftsverwaltung) unentgeltlich tätig zu sein, was weitere 200 bis 300 Stunden pro Jahr Aufwand bedeute. Beides mache sie weiterhin, brauche dafür aber länger. Ohne Gesundheitsschaden würde sie daneben ausserhäuslich im Umfang von ca. 50 % erwerbstätig sein. Anlässlich der Begutachtung erklärte sie ausserdem, ihre Schwiegermutter zu versorgen (Urk. 7/37/54).

Soweit die Beschwerdeführerin daher nicht als vollzeitlich erwerbstätig bzw. als vollzeitlich unbezahlte Mitarbeiterin in der Firma ihres Ehemannes bzw. der Liegenschaftsverwaltung der Erben J.____ qualifiziert werden kann, sind die gesundheitsbedingten Einschränkungen im allfällig zu berücksichtigenden, aber nicht bekannten (beispielsweise Pflege der Schwiegermutter; Haushalt) Aufgabenbereich nicht abgeklärt. Hierzu bleibt zu bemerken, dass der Wegfall der Familienbetreuungspflichten (die Söhne sind mittlerweile erwachsen und selbstständig) per se noch nicht bedeutet, dass der verbleibende Anteil einer Teilerwerbstätigkeit zugeschlagen werden kann. Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Erwerbseinkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (vgl. BGE 131 V 51 E. 5.1.1 S. 53).

4.4 Zusammenfassend vermag das C.____-Gutachten zwar im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung und in Bezug auf kaufmännische Tätigkeiten, nicht jedoch in Bezug auf die im Zeitpunkt der Verfügung vorhandenen krankheitsbedingten Einschränkungen im beruflichen Umfeld bzw. im tatsächlichen Aufgabenbereich zu überzeugen. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie vorerst mit Hilfe einer Haushaltsabklärung und einer Abklärung in der Firma des Ehemannes bzw. der Erbengemeinschaft J.____ den Umfang und die Art des

Aufgabenbereichs bzw. Tätigkeitsbereichs der Beschwerdeführerin eruiert und anhand weiterer Indizien (insbesondere der Erwerbsbiographie, vgl. IK-Auszug vom 29. September 2010, Urk. 7/4) über den Umfang einer allfällig ausserhässlichen Erwerbstätigkeit vorentscheidet (E. 1.1.3). Gestützt auf diese Entscheidungsgrundlagen wird ein vorzugsweise rheumatologisches Gutachten (die Notwendigkeit weiterer medizinischer Beurteilungen ja nach Abklärungsergebnis bleibt der Beschwerdegegnerin vorbehalten) darüber Aufschluss geben müssen, ob, seit wann und in welchen Tätigkeiten/Aufgabengebieten die Beschwerdeführerin in welchem Ausmass gesundheitsbedingt eingeschränkt ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verhängung vom 27. Dezember 2011 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit sie nach weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente neu verfähre.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. ___ unter Beilage des Doppels von Urk. 13

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage von Kopien der Urk. 15, 16 und 17/1-9

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.