

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00583 vom 28. November 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-11-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00583](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00583)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00583 du 28 novembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00583 del 28 novembre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2008 und am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revisionen 5 und 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten.

In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 21. Mai 2013 – und somit nach Inkrafttreten der IV-Revisionen 5 und 6a – ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporal rechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445

ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Ab 1. Januar 2012 gelangen die entsprechend in Kraft gesetzten Bestimmungen zur Anwendung.

Da die IV-Revision hinsichtlich Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2), werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen – soweit nichts anderes vermerkt ist – im Folgenden in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden und mit der Revision 6a unverändert gebliebenen Fassung zitiert.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens

einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

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).

### **E. 1.5**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 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 oder Hilfebedarfs der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die

Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, 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 oder der Hilfebedarf 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 oder einen anspruchsbegründenden Hilfebedarf 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. 7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## 2.1

Mit Verfügung vom 21. Mai 2013 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mit der Begründung, es bestehe kein Rentenanspruch, da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege.

Auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 7. September 2006 (Urk. 8/64) ist die Verwaltung eingetreten, womit sich die richterliche Beurteilung der Eintrittensfrage erübrigt. 2.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Entscheid vom 21. Mai 2013 (Urk. 2) auf das D.\_\_\_\_ - Gutachten vom 22. Februar 2011 und ging davon aus, dass der Beschwerdeführerin sowohl die Ausübung ihrer angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin als auch eine ihrem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit in Wechselbelastung zumutbar sei. Mittels allgemeiner Methode errechnete sie einen rentenausschliessenden

Invaliditätsgrad von 24 %. 2. 3

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in Bezug auf das D.\_\_\_\_ - Gutachten vom 22. Februar 2011

verschiedene formelle und materielle Kritikpunkte geltend und stellte sich auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 9 Ziff. 5), es sei mit den alle Erfordernissen für ihre Beweistauglichkeit erfüllenden Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2009 und Dr. E.\_\_\_\_ vom 31. August 2012 und im Einklang mit der Auffassung von Dr. F.\_\_\_\_ davon aus zu gehen, dass sie eine schwere depressive Episode, eine dissoziative Störung (Konversionsstörung) und eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung aufweise und in bisheriger und adaptierter Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei. Angesichts der genannten und umfassenden Diagnosen mit ineinandergreifenden Beschwerden und Einschränkungen sei gar nicht mehr auf die Frage der Schmerzüberwindung einzugehen, weil schon die Depression und die dissoziale Störung eine Arbeitsunfähigkeit bewirkten. Andernfalls würden ihre psychischen Ressourcen keine

Überwindung der Symptome erlauben (S. 9 f. Ziff. 6) . 3. 3.1

Streitig ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung. Dabei steht fest, dass die Beschwerdeführerin auf die Neu an mel dung der Beschwerdefü hrerin vom 7. September 2006 (Urk. 8/64) eingetreten ist. Letzt mals beurteilt wurde der Gesundheitszustand der Be schwerde führerin mit Verfügung vom 15. Dezember 2003 und Einspracheentscheid vom 8. April 2004 , mit welche n ein Renten an spruch ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in ihrer bis herigen Tätig keit als Raumpflegerin bei einem renten ausschliessenden

In validitäts grad von unter 40 % verneint wurde (Urk. 8/41 und Urk. 8/60 ). Zu prüfen ist somit, ob sich d er mass gebliche Sach verhalt zwi schen dem 8. April 2004 und der ange fochtenen Verfügung vom 21.

Mai 2013 (Urk. 2) in einer für den Renten an spruch erheblichen Weise geändert hat. 3.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht stützte sich in seinem Urteil vom 10.

Juli 2006 (Urk. 8/60) im Besonderen auf

das Z.\_\_\_\_ - Gutachter vom 28. Oktober 2003, welches auf internistischen, rheumatologischen und psychi atrischen Unter suchungen beruhte, ab .

Darin wurden in der gutachterlichen Gesamt beur teilung der Fach personen keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angeführt (Urk. 8/60 E. 4. , vgl. dazu auch Urk. 8/ 39) . Als Nebendiagnosen er wä hnten sie ein

Panal giesyndrom mit funktioneller sensibler rechtsseitiger Hemi symptomatik , eine asthenische Persönlichkeit mit Schmerz fehl ver arbeitung , Aus weitungs ten denz , Regressionstendenz und sekundärem Krank heits gewinn ,

eine chronische Nieren insuff izienz unklarer Ä tiologie, eine pyelone phritische Schrumpf niere rechts und

eine arterielle Hypotonie mit ortho statischen Be schwerden und

ein Ulcus duodeni im März 1999. Unter Berück sichtigung der psy chischen und somatischen Anteile sei jegliche körperliche Beschäftigung im Sinne einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit vollschichtig zumutbar.

Die von Dr. med. G.\_\_\_\_

durchgeführte internistische Untersuchung hatte keine er heblichen pathologischen Befunde ergeben. Die bereits im Jahre 2000 diag nostizierte Nephropathie mit eingeschränkter Kreatinin

Clearance hat te keine Symptome zur Folge, weshalb die Arbeitsfähigkeit dadurch nicht eingeschränkt war .

In rheumatologischer Hinsicht stellte Dr. med. H.\_\_\_\_ die Diagnose eines Panalgie -Syn droms mit funktionellem sensiblem Hemisyndrom rechts. Die Halb seiten symptomatik sei organisch nicht zuzuordnen und variiere bei mehrfacher Prü fung.

Während die geklagten Schmerzen am ganzen Körper organisch nicht einge ordnet und geklärt werden konnten, waren gemäss Dr. med. I.\_\_\_\_

auch die Psychopathologie und der klinische Eindruck aus psychiatrischer Sicht völlig unergiebig. Insbesondere fehlten Hinweise auf eine wesentliche depressive Erkrankung. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestehe sicher nicht. Es fehlten emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungssituationen. Die in den medizinischen Unterlagen erwähnten psychosozialen Belastungsfaktoren könnten in keiner Weise bestätigt werden, ausser man werte die Erkrankung des Ehegatten als belastend, was sich bei der Untersuchung indes nicht bestätigt habe. Sodann konnte auch keine psychiatrische Erkrankung mit relevantem invalidisierendem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden. Es fehlten Hinweise auf Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung oder anderweitige schwerwiegende psychische Erkrankungen. Aus psychiatrischer Sicht müsse ein sekundärer Krankheitsgewinn angenommen werden. 3. 2

Der im Rahmen der Neuanmeldung vom 7. September 2006 zu beurteilende Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ergibt sich insbesondere aus folgenden medizinischen Unterlagen: 3.2.1

Dr. med. A.\_\_\_\_, MBA (University of Wales), Spezialarzt Psychiatrie und Psychotherapie (FMH), Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM), und Dr. med. J.\_\_\_\_, Assistenzärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannten gestützt auf die Untersuchungen vom 3. Juli 2008 in ihrem Gutachten vom 21. Juli 2008 (Urk. 8/86 S. 11 Ziff. 3) als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00) sowie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führten Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ aus (S. 21 Ziff. 4), dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) alleine die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Hausfrau und Reinigungskraft oder einer körperlich angepassten Tätigkeit nicht vermindere, da ihr eine Überwindung ihrer Schmerzen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar sei. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zur Unterstützung (beispielsweise supportive Gesprächstherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Psychopharmakotherapie) sei eben falls zumutbar.

Eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (F32.00) alleine vermindere die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit um 30 % von 100 %. Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei durch die Panikstörung zu 20 % vermindert. Daraus ergebe sich eine Minderung der Leistungsfähigkeit von insgesamt 35 % für die angestammte und für die angepassten Tätigkeiten. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (beispielsweise kognitive Verhaltenstherapie, Psychotherapie) sei zumutbar und würde die Leistungsunfähigkeit der Beschwerdeführerin innerhalb von sechs Monaten unter 20 % senken. Eine Leistungsverminderung im Haushalt bestehe nicht. 3. 2.2

Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierter forensischer Psychiater SGFP, nannte im Gutachten vom 22. Dezember 2009 (Urk. 8/150/11-53) als psychiatrische Diagnosen (S.

23 ff.)

eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine Panikstörung (ICD-10

F41.0) sowie eine dissoziative Störung ( Konversions störung gemischt, ICD-10 F44.7) mit so wohl dissoziative n Sensibilitäts- als auch Be wegungsstörungen.

Dr. C.\_\_\_\_ führte in seiner Beurteilung aus (S. 26 f. ) , unzweifelhaft

sei von einer schweren depressiven Episode ohne psychosomatische Symptome (ICD-10 F32.2) bestehend seit 2004 auszugehen. Die früher diagnostizierte Panikstörung (ICD-10 F41) könne er weder bestätigen noch widerlegen, da aufgrund der aktu ellen Angaben nicht zwingend eine Diagnose gestellt werden könne. Hin gegen sprächen die von der Beschwerdeführerin gegenüber Dr. A.\_\_\_\_ ge machten Angaben für eine solche Diagnose, weshalb gegenwärtig die Frage unbe antwortet im Raum stehen bleiben müsse, ob diese Störung nicht allenfalls aktuell durch die schwere depressive Störung etwas überlagert sei. Ferner sei die Diagnose einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung, gemischt, ICD-10 F44.7) mit sowohl dissoziativer Sensibilitäts- als auch Bewegung s s törungen zu stellen. Diese bestehe ebenfalls seit mehreren Jahren, wobei man im Zeitverlauf den Beginn ihrer depressiven Störung wohl als dieser vor aus gehend ansehen müsse. So habe sich anamnestisch gezeigt, dass die Be schwerde führerin bereits mehrfach abrupt anfallsartig anmutende Be wegungs hem mungen aufgewiesen habe, in denen sie sich zu keiner weiteren motorischen Bewegung mehr in der Lage gesehen habe und auch ihre Sensi bilität auf nicht nachvollziehbare Weise tangiert worden sei. Diese dissoziative Störungen könne man auch als anfalls artige „Hilflosigkeit“ gegenüber ihrer psy chischen Befindlichkeit ansehen. In Bezug auf die Konversionsstörung der Be schwerdeführerin deute nichts auf eine willentliche und damit bewusst seins nahe Symptomverstärkung hin, sondern vielmehr sei dies vor dem Hintergrund ver sagender Ich-Strukturen und dadurch quasi prov oz ierter fehlgeleiteter Res sourcen aktivierung zu sehen.

Auf arbeitslimitierender Ebene müsse man als wesentliche psycho patho logische Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin eine deutlich reduzierte Antriebs lage , ein vermindertes Interesse, einen sozialen Rückzug, eine geistige In flexibi lität aufgrund einer Fixierung auf ihre körperlichen Be schwerden, eine man gelnde Ausdauer und Spannungskraft nebst einer be ein trächtigten Konzentration sfähigkeit und Motivationslage erachten (S. 30 neue Ver sion). Hierbei könne man nun eine Beeinträchtigung der Motivations lage nicht vor dem Hintergrund eines Nicht - können -W ollens sehen, sondern es müsse viel mehr von einem Nicht - w ollens -K önnen und dies primär vor dem Hintergrund der de pressiven Störung ausge gangen werden.

Prognostisch müsse man derzeit (S. 30 n eue Version) mittel- und auch langfris tig von ungünstigen Voraussetzungen ausgehen, eine auch nur teilweise Wieder herstellung von Arbeits fähigkeit bewirken zu wollen. Insofern könne er sich vorbehaltlos den Angaben von Dr. F.\_\_\_\_ anschliessen, der die Er krankung der Beschwerdeführerin als infaust einschätze und eine n chronischen Krank heitsverlauf sehe.

Betreffend die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest (S. 32 Ziff. 2-3) , er gehe bei der Be schwerde führerin von einer bereits seit zirka 2004 bestehenden 100%igen Arbeits unfähigkeit aus, wobei sich diese nach seinem Dafürhalten nicht pro zentral auf die einzelnen psychiatrischen Gesundheitsprobleme der Be schwerde führerin beziehen lasse, die sich aus dem schweren, von Ko morbidity mehrerer Krankheitsbilder geprägten psychischen Gesamt gesund heits zustand der Beschwerdeführerin herleite. Die Beschwerdeführerin sei auch in der Bewäl tigung von Haushaltaufgaben deutlich beeinträchtigt und auf die Unterstützung ihrer engsten Angehörigen angewiesen. In

angepasster Tätigkeit stufe er die Beschwerdeführerin ebenfalls als zu 100 % arbeitsunfähig ein, da keine Betätigungsfelder erkennbar seien, in denen die psychisch bedingten Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nicht in gleichem Ausmass zum Tragen kämen wie in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raum pflegerin.

### 3.2.3

Die D.\_\_\_\_ - Gutachter nannten am 22. Februar 2011 (Urk. 8/136) nach Durchführung einer internistischen/allgemeinmedizinischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchung folgende Diagnosen (S. 25 f. Ziff. 5 ff.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) 3. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.80) - kleine Diskushernien Halswirbelkörper (HWK) 6/7 foraminal rechts und HWK

3/4 links ohne Wurzelkompression (Magnetresonanztomographie vom 10. September 2009) - diskret e degenerative Veränderungen Lendenwirbelkörper (LWK) 4 bis Sakralwirbelkörper (SWK) 1 ohne Neurokompression (Computertomographie vom 24. Juni 2003) - freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte 4. Subakromiales

Impingement Schulter links (ICD-10 M75.4) - deutliche Fehlhaltung im Sinne einer Protraktion von Kopf und Schultern - beidseits kein Hinweis für Läsion von Akromioklavikulargelenk, Rotatorenmanschette oder langer Bizepssehne

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Hyperkaliämie, unklarer Ätiologie (ICD-10 E87.6) 2. Primärer Hyperparathyreoidismus mit (ICD-10 E21.0) - Status nach Parathyreoidektomie

rechts bei symptomatischer 1HPTH 08/10 - Stammskelettosteoporose bei bifemoraler

Osteopenie (Dexa 23. Juli 2010) - Status nach Ulcus duodeni 1999 3. Chronische Niereninsuffizienz (ICD-10 N18) - aktuelle GFR 53 ml/min (nach Dettli) - bei chronischem Refluxieren mit Schrumpfniere rechts 4. Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - medikamentös gut eingestellt 5. Chronischer Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) 6. Anamnestisch Status nach rheumatischer Endokarditis (ICD-10 I05.1, I06.1) mit mittelschwerer Mitralinsuffizienz, leichtgradiger

Aorteninsuffizienz

In ihrer Gesamtbeurteilung führten die Fachpersonen des D.\_\_\_\_ aus (S. 26 ff. Ziff. 6.2), die Beschwerdeführerin klagt seit über zehn Jahren über Ganzkörperschmerzen, die in den letzten Jahren und Monaten an Intensität zugenommen hätten. Im Vordergrund stünden rechtshemisphärische Kopfschmerzen, ins rechte Bein und in den Nacken ausstrahlende lumbosakrale Rückenschmerzen verbunden mit einer Gefühllosigkeit in der gesamten rechten Körperhälfte, wie auch Nacken- und abdominale Schmerzen mit konsekutiver Beeinträchtigung der Schlafqualität. Daneben klagt die Beschwerdeführerin über eine permanente Müdigkeit mit rascher Erschöpfung und Konzentrationsstörungen.

In der somatisch-neurologischen Untersuchung könnten jedoch nur diskrete Befunde erhoben werden. Es fänden sich eine thorakale Kyphose, lumbale Lordose sowie eine linkskonvexe thorakolumbale Skoliose wie auch eine ubiquitäre Druckschmerzhaftigkeit am Bewegungsapparat. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei in sämtlichen Abschnitten praktisch frei, wie auch an den oberen und unteren Extremitäten, dies bei guter

Kraftentwicklung. Neurologisch zeige sich eine Hemi hypästhesie

der gesamten rechten Körperhälfte bei normaler Motorik. Ein deutige Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie des peripheren Nerven systems fänden sich nicht .

Radiologisch könnten anhand der vorliegenden Befunde diskrete Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule beziehungsweise des lumbosakralen Überganges ohne Hinweise auf eine Neurokompression dokumentiert werden, an der Halswirbelsäule bestünden kleine Diskushernien im Bereiche von HWK 3/4 und HWK 6/7, ebenfalls bei fehlenden Anhaltspunkten auf eine Neurokompression. Zusammenfassend liessen sich die von der Beschwerdeführerin angegebenen, äusserst diffusen Beschwerden durch die klinischen wie auch radiologischen Befunde kaum begründen. Die festgestellten Inkonsistenzen, das fehlende Ansprechen auf wiederholt durchgeführte konservative Therapiemassnahmen, Infiltrationen wie auch die mittlerweile langjährige Arbeitskarenz könnten als deutliche Hinweise auf eine erhebliche nicht-organische Beschwerdekomponekte angesehen werden. Aus Sicht des Bewegungsapparates seien der Beschwerdeführerin aufgrund der an der Wirbelsäule feststellbaren Befunde keine schweren körperlichen Tätigkeiten mehr zumutbar. Für die angestammte Tätigkeit als Raumpflegerin wie auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit unter Wechselbelastung bestehe dagegen eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Dabei sollte das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg wie auch der wiederholte Einsatz der linken oberen Extremität oberhalb des Kopfniveaus vermieden werden. In Anbetracht der erhobenen Befunde sollte bei einer derartigen Tätigkeit im Vergleich zum jetzigen Alltagsleben kaum eine wesentliche Schmerzprovokation entstehen, so dass diese auch zumutbar sei.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der leichten depressiven Episode eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Dass bis anhin alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, trotz allfälliger Restbeschwerden sich aktiv um ihre Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt erneut auszusetzen. Hinweise auf schwere, lebensgeschichtliche Belastungen wie auch auf einen therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) fänden sich nicht. Sie erreiche jedoch mit ihren Symptomen einen hohen sekundären Krankheitsgewinn. Die Familie unterstütze sie, nehme ihr jegliche Arbeit ab und fördere dementsprechend Regressionstendenzen. Der Beschwerdeführerin könne trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, einer beruflichen Tätigkeit im Rahmen eines 70%-Pensums nachgehen zu können.

Aus allgemein-internistischer Sicht fänden sich mit Ausnahme der laborchemisch nachweisbaren ausgeprägten Hyperkaliämie keine Befunde und Diagnosen mit höhergradiger Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der leichten, chronischen Niereninsuffizienz sei ein Anteil der erhöhten Ermüdbarkeit erklärbar, was eine 10%ige Leistungseinbusse begründen könne.

Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht für die angestammte Tätigkeit als Raumpflegerin wie auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeit unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % attestiert

werden, ganztägig zumutbar mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen beziehungsweise vermindertem Rendement. Die Leistung einbussen aus somatischer Sicht ergänzen sich, addieren sich aber nicht, da die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung genutzt werden könnten. Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe dagegen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. 3.2.4

Im ärztlichen Bericht vom 22. August 2011 (Urk. 8/145 /1-3 ) nannte der seit 2004 behandelnde med. pract . F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, K.\_\_\_\_ , als Diagnosen eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2), eine dissoziative Störung ( Konversionsstörung , gemischt, [ICD-10 F44.7] ) mit sowohl dissoziativen Sensibilitäts- und Bewegungsstörungen und psychogenen Anfällen und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) .

Med. pract . F.\_\_\_\_

erläuterte in seinem Bericht, dass seit Dezember 2010 keine Besserung des gesundheitlichen Zustandes eingetreten sei. Die Konsultationen erfolgten im zirka vier- bis sechswöchentlichen Intervall von je maximal 30 minütiger Dauer. Dabei handle es sich um eine supportiv-psychoedukative Behandlung und Psychopharmakotherapie. Eine höherfrequente psychotherapeutische Behandlung im eigentlichen Sinne sei aufgrund des komplexen Störungsbildes , der geringen Deutschkenntnisse, aber vor allem aufgrund der anscheinend geringen Introspektions- und Reflexionsfähigkeit mit vorwiegend somatischem Krankheitsverständnis nicht möglich. Im nun siebenjährigen Behandlungsverlauf müsse leider eine ausgeprägte Chronifizierung beobachtet werden.

Laut Ehemann der Beschwerdeführerin komme es fast täglich zu einem " Anfall“, teils auch mehrfach täglich. Diese Ereignisse seien auch anlässlich jeder zweiten bis dritten Konsultation vor oder während der Sitzungen beobachtbar, zuletzt im Ambulatorium am 30. März und 5. Juli 2011. Auch die psychiatrische Pflegefachfrau

L.\_\_\_\_ , die von 2009 bis 2011 die Beschwerdeführerin auf ihre Verordnung hin daheim aufsuchte, habe berichtet, dass diese " Anfälle“ auch beim Versuch von Spaziergängen, teils weit von der Wohnung entfernt, aufträten, wobei die Beschwerdeführerin dann dramatisch auf den Gehweg hingelegen sei und mit Hilfe des Ehemannes und mit einem Personenkraftwagen nach Hause zurücktransportiert werden müssten. Die Beschwerdeführerin selbst könne keine Ursache für das Geschehen benennen, " es komme einfach“, und es scheine sie auch wenig zu beunruhigen.

Aus ihrer psychiatrischen Beurteilung gebe es weder Anhaltspunkte für eine bewusste Simulation dieser " Anfälle“ noch für ein organisches Geschehen. Viel mehr hielten sie es für ein bewusstseinsfernes Geschehen im Sinne einer dissoziativen Symptomatik, die in die komplexe Krankheitsgeschichte und Familienstruktur eingebettet sei. Dabei sei auf den mutmasslichen emotionalen " Gewinn“

hinzuweisen , den die Beschwerdeführerin in ihrer regressiven Entwicklung nun durch Zuwendung der Familie und Umgehen konfliktreicher Situationen (zum Beispiel unangenehme Fragen des Untersuchers?) aufgrund dieser "Anfälle" erfahre.

Eine therapeutische Interventionsmöglichkeit zur Beendigung dieses Verhaltensmuster sei bisher nicht erkennbar geworden.

Hinsichtlich des fehlenden Serumsnachweises vom 4. Januar 2011 führte er schliesslich aus, dass ein solcher aufgrund der Behandlungsdokumentation erklärbar sei, zumal der Zeitpunkt der Blutentnahme auf das Ende der vereinbarten einwöchigen Einnahmepause gefallen sei. 3. 2.5

In der Stellungnahme vom 24. Januar 2012 (Urk. 8/148 , vgl. dazu Zusatzfragen vom 27. Dezember 2011, Urk. 8/147 ) führt den die D.\_\_\_\_ - Gutachterin in Ergänzung zu ihrem Gutachten vom 22. Februar 2011 aus, dass sie angesichts der in der Zwischenzeit eingegangenen Akten an ihren im Gutachten vom 22. Februar 2011 gezogenen Schlussfolgerungen festhielten und bei der Beschwerdeführerin in einer leichten bis mittelschweren, adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % vorliege. Insbesondere lägen weder Hinweise vor, dass die Beschwerdeführerin während längerer Zeit an einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode gelitten haben noch könnten

sie eine dissoziative Störung bestätigen. In Bezug auf den fehlenden Serumsnachweis hielten sie ergänzend fest, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 4. Januar 2011 berichtet habe, dass sie regelmässig das Antidepressivum Seropram , 40 mg, einnehme und es an den Vortagen der Untersuchung regelmässig mit Ausnahme des Untersuchungstages eingenommen habe. Es sei also nicht so, dass anlässlich der psychiatrischen Untersuchung ein Medikamentenwechsel durchgeführt worden sei. Wenn die Beschwerdeführerin also wie behauptet das Medikament vor der Untersuchung regelmässig eingenommen hätte, wäre es im Blut nachweisbar gewesen. Die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin seien also ungenau. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin das verordnete Antidepressivum nicht einnehme, sei ein Hinweis dafür, dass sie sich nicht besonders depressiv empfinde, was mit ihrer diagnostischen Einschätzung übereinstimme. 3.2.6

Im von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen Gutachten vom 31. August 2012 (Urk. 8/161) stellte Dr. E.\_\_\_\_ die psychiatrischen Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4, S. 22), einer depressiven Episode ohne psychotische Symptome schweren Grades (ICD-10 F32.2, S. 23) und einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung gemischt, ICD-10 F44.7, S. 29) mit sowohl dissoziativen Sensibilitäts- und Bewegungsstörungen und psychogenen Anfällen.

Dr. E.\_\_\_\_

führte aus, das Vorliegen einer Panikstörung müsse in letzter Zeit verneint werden (S. 2

### **E. 1.7**

hier vor). Die Beschwerdeführerin wurde ihren geltend gemachten Beschwerden entsprechend umfassend abgeklärt, das Gutachten beruht auf internistisch/allgemeinmedizinischen, psychiatrischen

und orthopädischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben.

Sodann sind die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet.

Die D.\_\_\_\_ - Gutachter kamen in ihrer Gesamtbeurteilung zum nach voll ziehbaren Schluss, dass aufgrund der anhaltenden somatoformen

Schmerz störung und der leichten depressiven Episode eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % be stehe. Im Haushalt konnten die D.\_\_\_\_ - Gutachter der Be schwerdeführerin indes keine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit attes tieren (Urk. 8/1 3 6 S. 2

#### **E. 6**

März 2008 (Urk. 8/82) bei Dr.

med. A.\_\_\_\_ ,

B.\_\_\_\_ , Spezialpraxis FMH für Psychiatrie, psychologische Therapie und Coaching, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 21. Juli 2008 (Urk. 8/86 , vgl. dazu auch Urk. 8/87 ) erging. Sodann nahm die IV Stelle eine Abklärung der be ein trächtigtsten Arbeitsfähigkeit der Versicherten in Beruf und Haushalt vor (Urk. 8/ 92 ). Nach Prüfung der Einwände verneinte die IV-Stelle mit Verfü gung vom 12 . Februar 2009 (Urk. 8/95 ) bei einem Invaliditätsgrad von 35 % weiter hin einen Rentenanspruch . Am 10. März 2009 (Urk. 8/ 100) ver neinte sie zudem einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung ( lebens praktische Begleitung ) .

G egen die Verfügungen vom 12. Februar 2009 (Urk. 8/95) respektive 10. März 2009 (Urk. 8/100) erhob die Versicherte am 18. März 2009 (Urk. 8/102/3 -9 )

Beschwerde beim hiesigen Gericht . Nach Kennt nis nahme der mit Eingaben vom 24. respektive 28. Dezember 2008 (Urk. 8/110/4-5) der Beschwerdeführerin übermittelten Unterlagen, darunter ein von ihr bei Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psy cho therapie FMH, zerti fizierter Forensischer Psychiater SGFP, in Auftrag gegebenes psy chi atrisches Privatgutachten vom 22. Dezember 2009 (Urk. 8 /110/ 12-45 ) sowie ein Kor rigen dum zum Gutachten vom 23. Dezember 2009 (Urk. 8/ 110/50-5

#### **E. 7**

) führte die Beschwerdeführerin aus, dass sie gegen die Vornahme weiterer medizinischer Ab klärungen grund sätzlich nichts einzuwenden habe. Mit Erklärung vom 17. August 2010 zog sie ihren auf gerichtliche Renten zusprechung lautenden Haupt antrag zurück (Urteil des Sozi al ver sicherungsgericht

IV.2009.00275 vom 24. August 2010, Urk. 8/126 /1-6 S. 3). Mit Ur teil vom 24. August 2010 schrieb das hiesige Gericht die Be schwerde im Umfang des auf gerichtliche Renten zusprechung

gerichtete Haupt be gehrens als durch Rückzug erledigt ab. So da nn hob es die Verfügung vom 12. Februar 2009 in Gut heis sung der Be schwerde im ver bleibenden Um fang auf und wies die Sache an die Beschwerdege gnerin zurück, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch der Beschwer deführerin neu befinde.

#### **E. 8**

/136 S. 4 ff. Ziff. 2.1.1). Der Umstand, dass im psychiatrischen Teilgutachten auf einen psychiatrischen Privat gutachter Bezug genommen wurde (S. 19 Ziff. 4.1.7), der aufgrund einer unter anderem anhal tenden somatoformen

Schmerz störung , einer schweren depressiven Episode sowie einer dissoziativen Störung und damit aufgrund mit den von Dr.

C.\_\_\_\_ übereinstimmenden Diagnosen der Beschwerdeführerin eine 100%ig e Arbeits unfähigkeit attestiert habe , ist zu schliessen, dass zumindest dem psy chiatrischen Teilgutachter Dr. M.\_\_\_\_ das von Dr. C.\_\_\_\_

verfasste Gutachten vorgele gen hat. Mit Blick darauf, dass der psychiatrische Teilgutachter bereits auf die im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ ge nannten Diagnosen Bezug genommen hat und das psy chiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_

den D.\_\_\_\_ - Gutachtern auch nochmals zur ergänzenden Stellung nahme zugestellt worden ist, kann nicht gesagt wer den, das D.\_\_\_\_ - Gutachten sei un voll ständig. Daran ändert auch nichts, dass die medizinischen Bericht des Q.\_\_\_\_ vom 10., 13. und 30. August sowie vom 7. und 11.

September und dem 15. Oktober 2010 von Dr. M.\_\_\_\_

nicht wiedergegeben wurden . 4.5 .5

In materieller Hinsicht bringt die Beschwerdeführerin weiter vor (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 4 lit . b) , dass eine richtig verstandene, erhebliche Verzweiflung und Agitiert heit ge mäss dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_

vom 22. De zember 2009 und dem Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_

vom 31. August 2012 eben ge rade vorhanden seien und auch Dr. F.\_\_\_\_ wie alle übrigen medizinischen Fach per sonen den hochgradig verminderten Antrieb und den niedergestimmten Affekt be schreibe. Zudem hätten sowohl Dr . C.\_\_\_\_ als auch i n vermehrtem Mas se Dr. E.\_\_\_\_ die Voraussetzungen für die Beurteilung des Schweregrades nach den ICD-10 Richtlinien erläutert und ihre Feststellungen im Einzelnen darunter subsu miert . In Bezug auf diesen Kritikpunkt ist fest zuhalten, dass nicht nur die D.\_\_\_\_ Gutachter eine leichte depressiven Episode mit Auswirkung auf die Arbeits - beziehungsweise Leistungsfähi gkeit nannten, sondern auch Dr. A.\_\_\_\_ und Dr .

J.\_\_\_\_

eine leichte depressive Episode als psychiatrische Diagnose stell ten , die s im Übrigen a uch nach den ICD -10 Richtlinien und unter Hinweis auf eine Diskrepanz zwischen den Angaben der Be schwerde führerin im Gespräch und in den Testergebnissen und dem ob jektiven Be fund (vgl. dazu Urk. 8/86 S.

14 f . ). Eine solche Differenzierung zwischen den subjektiv ge klag ten Be schwer den der Beschwerdeführerin einerseits und den objektivier baren Befunde anderer seits lassen die beiden von der Beschwerdeführerin aufgelegten Privat gutachten ver missen. 4.5. 6

Was den Einwand der Beschwerdeführerin anbelangt, dass Dr. F.\_\_\_\_ dem Exper ten Dr. M.\_\_\_\_ nicht mitgeteilt haben könne, es liege nur eine leichte De pres sion vor, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin insofern zuzu stim men ist, als weder im Schreiben vom 22. August 2011 (E. 3.2. 4

hievor ) eine leichte depressive Episode als psychiatrische Diagnose genannt wurde, noch der im Rahmen der Begutachtung durch das D.\_\_\_\_ von Dr. M.\_\_\_\_ eingeholten fremd anamnestischen Auskunft von Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 8/136 S. 14 Ziff. 4.1.1.1) eine Angabe bezüglich des

Schwere grade der depressiven Störung entnommen werden kann. Dies ändert indes nichts daran, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung im D.\_\_\_\_ nur leicht depressiv imponierte. 4.6

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das polydisziplinäre D.\_\_\_\_ - Gutachten vom 22. Februar 2011 mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrade der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführerin seit Juli 2008 sowohl ihre angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin wie auch jede andere körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeit unter Wechselbelastung ganztag zumutbar ist, jedoch mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund vermehrter Pausenbedürftigkeit respektive eines verminderten Rendements im Umfang von 30 %, womit im Vergleich zur unten ablehnender Verfügung vom 15. Dezember 2003 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Von weiteren Abklärungsmassnahmen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr einen Anspruchs begründende Invalidität sgrade zu bejahen. Insbesondere gilt es zu prüfen, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich auswirkt:

Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 21. Mai 2013 (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden zu 100 % erwerbstätig wäre. Diese Qualifikation ist nicht zu beanstanden und stimmt auch mit der Aktenlage überein, weshalb von einer Qualifikation als 100

% Erwerbstätige auszugehen ist (vgl. dazu Urk. 8/15 Ziff. 3, Urk. 8/92 Ziff. 2.5).

Nachdem die Beschwerdeführerin seit Ende Dezember 2001 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist und keine regelmässige Erwerbsbiographie ausweist, sind für die Ermittlung des Valideneinkommens

Tabellenlöhne bei zu ziehen und vom mittleren Lohn für Frauen, die Hilfsarbeiten ausführen (Zentralwert), auszugehen.

Da auch das Invalideneinkommen in angepasster Tätigkeit anhand der Tabellenlöhne nach LSE – und wiederum unter Einstufung der Beschwerdeführerin als Hilfsarbeiterin – zu ermitteln ist, kann rechnerisch ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Eine möglichst genaue Bezifferung und Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Erwerbseinkommen, um aus der Einkommensdifferenz den Invaliditätsgrad bestimmen zu können, erübrigt sich somit. Der Invaliditätsgrad entspricht – ohne Berücksichtigung eines allfälligen leidensbedingten Abzugs – mithin der im D.\_\_\_\_ - Gutachten attestierten Einbusse der Leistungsfähigkeit von 30 %.

Ein weiterer leidensbedingter Abzug ist nicht zu gewähren, da dem verminderten Rendement bereits durch die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen wurde.

6.

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich daher als unbegründet, was zur Abweisung führt.

7.

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), auf Fr. 900.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.--

werden

der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Bügler -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubDietrich

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