

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00024 vom 31. Oktober 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00024 du 31 octobre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00024 del 31 ottobre 2006

Erwägungen

E. 1

1.1 D. ____, geboren 1961, arbeitete ab dem 25. September 2000 bei der X. ____, im Umfang von 25 Wochenstunden als Mitarbeiterin im R__stlager (vgl. die Angaben vom 14. November 2003 im Fragebogen f__r den Arbeitgeber, Urk. 14/62).

Wegen R__ckenbeschwerden stellte D. ____, ihre Arbeitst__tigkeit ab dem 18. Oktober 2002 ein und wurde ab diesem Zeitpunkt zu 100 % arbeitsunf__hig geschrieben. Sie wurde in der Folge zun__chst vom 28. Januar bis zum 18. Februar 2003 in der Klinik f__r Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals A. ____, station__r untersucht und behandelt (Kurzaustrittsbericht vom 17. Februar 2003, Urk. 14/16; Zusammenfassung der Krankengeschichte des Spitals A. ____, vom 24. Februar 2003, Urk. 14/30 S. 60 ff.). Als die Schmerzen persistierten, wurden im April 2003 eine Computertomographie der Lendenwirbels__ule und eine Ganzk__rper-Skelettszintigraphie erstellt (Bericht des Medizinisch-Radiodiagnostischen Institutes B. ____, vom 7. Mai 2003, Urk. 14/25), und im Mai 2003 untersuchte Dr. med. C. ____, Spezialarzt f__r Neurologie, die Versicherte neurologisch (Bericht vom 19. Mai 2003, Urk. 14/21).

Nachdem die Arbeitgeberin das Arbeitsverh__ltnis mit D. ____, per Ende Juli 2003 aufgel__st hatte (K__ndigungsschreiben vom 16. Mai 2003, Urk. 14/62 S. 4), folgte im August 2003 auf Zuweisung des behandelnden Rheumatologen, Dr. med. E. ____, Spezialarzt f__r physikalische Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, hin (Schreiben von Dr. E. ____, vom 25. Mai 2003, Urk. 14/13 S. 3 f.) eine Untersuchung der Versicherten in der Arbeitssprechstunde der Rheumaklinik des Spitals F. ____, (Bericht vom 21. August 2003, Urk. 14/18), und im Oktober 2003 f__hrte die neurologische Klinik des Spitals F. ____, eine elektrodiagnostische Untersuchung durch (Bericht vom 6. Oktober 2003, Urk. 14/17).

1.2 Am 2. November 2003 meldete sich D. ____, bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 14/64). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z__rich (SVA), IV-Stelle, holte neben den bereits erw__hnten Angaben der Arbeitgeberin (Urk. 14/62) vorerst den Bericht von Dr. E. ____, vom 16. November 2003 (Urk. 14/44) und den Bericht der neurologischen Klinik des Spitals F. ____, vom 11. Januar 2004 ein (Urk. 14/43 S. 1 ff.).

Im weiteren Verlauf fanden auf Veranlassung von Dr. E. ____, hin interdisziplin__re Abkl__rungen in der Schmerzsprechstunde der Rheumaklinik des Spitals F. ____, (Bericht vom 26. Februar 2004, Urk. 14/19; vgl. auch das __berweisungsschreiben von Dr. E. ____, vom 23. Dezember 2003, Urk. 14/8) und Abkl__rungen zu den neurochirurgischen M__glichkeiten in der Klinik G. ____, statt (Bericht der Klinik G. ____, vom 15. M__rz 2004, Urk. 14/15; vgl. auch das

Überweisungsschreiben von Dr. E.____ vom 25. Januar 2004, Urk. 14/9), und die SVA, IV-Stelle, liess auch hierzu Arztberichte erstellen (Bericht der Rheumaklinik des Spitals F.____ vom 26. Februar 2004, Urk. 14/42, einschliesslich der ergänzenden Angaben vom 30. August 2004, Urk. 14/37 S. 3; Bericht der Klinik G.____ vom 27. Mai 2004, Urk. 14/39, einschliesslich des ergänzenden Schreibens vom 18. August 2004, Urk. 14/38).

Î Î Î Î Î Î Î Î In der Folge wurde die Versicherte weitere Male hospitalisiert. So hielt sie sich vom 19. bis zum 28. August 2004 ein zweites Mal in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals A.____ auf (Kurzaustrittsbericht vom 31. August 2004, Urk. 14/11 S. 1 f.; Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 3. September 2004, Urk. 14/11 S. 3 ff.), worüber Dr. E.____ der SVA, IV-Stelle, am 13. September 2004 berichtete (Urk. 14/36). Anschliessend war die Versicherte vom 9. bis zum 25. September 2004 in der Medizinischen Klinik des Spitals A.____ hospitalisiert (Kurzaustrittsbericht vom 24. September 2004, Urk. 14/10; Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 29. September 2004, Urk. 14/30 S. 48 f.), und die SVA, IV-Stelle, holte hierzu den Bericht vom 7./11. Oktober 2004 ein (Urk. 14/33). Danach erfolgte vom 25. September bis zum 21. Oktober 2004 ein Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik H.____ (Berichte vom 20./21. Oktober 2004, Urk. 14/20); hierzu erstattete die Klinik der SVA, IV-Stelle, am 15. November 2004 einen Bericht (Urk. 14/31 S. 1 ff.). Ausserdem verfasste auch der Hausarzt Dr. med. J.____ am 30. November 2004 einen Bericht zuhanden der SVA, IV-Stelle (Urk. 14/32).

E. 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 ATSG).

Î Î Î Î Î Î Î Î Versicherte mit vollendetem 20. Altersjahr, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn für sie eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 3 ATSG in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1 IVG).

Î Î Î Î Î Î Î Î Vor dem Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 galten Definitionen, die den zitierten entsprechen (vgl. BGE 130 V 343).

1.2 Î Î Î Î Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der im Rahmen der 4. IV-Revision per 1. Januar 2004 in Kraft gesetzten Fassung haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind. Bis Ende 2003 war der Anspruch auf eine ganze Rente bereits bei einem Invaliditätsgrad von 66

Invaliditätsbemessung entsprechend; die vorgenommenen Gesetzesrevisionen stellen Kodifikationen der bisherigen Rechtsprechung dar.

E. 1.4

1.4.1 Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war (lit. b).

1.4.2 Art. 29 Abs. 1 lit. a IVG gelangt nur dort zur Anwendung, wo ein weitgehend stabilisierter, im wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt (BGE 119 V 102 Erw. 4a mit Hinweisen), wie er von der Rechtsprechung beispielsweise beim Verlust einer Extremität in Betracht gezogen wird (vgl. BGE 96 V 134), und sich der Gesundheitszustand der versicherten Person künftig weder verbessern noch verschlechtern wird (Art. 29 IVV). In den anderen Fällen entsteht der Rentenanspruch erst nach Ablauf der Wartezeit gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG.

E. 1.4.3

Während bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades die Erwerbseinbusse und damit die Höhe des Einkommens eine entscheidende Rolle spielt, das auf dem gesamten in Frage kommenden Arbeitsmarkt mit einer dem Gesundheitsschaden angepassten zumutbaren Tätigkeit erzielbar ist (vgl. ab 1. Januar 2003 Art. 7 ATSG), beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit (vgl. ab 1. Januar 2003 Art. 6 ATSG) im Sinne von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG nach der durch einen Gesundheitsschaden bedingten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen, und es kommt dabei in der Regel einzig auf die Einschränkungen im bisherigen Beruf oder im bisherigen nicht erwerblichen Aufgabenbereich an (vgl. BGE 130 V 99 Erw. 3.2, 105 V 159 Erw. 2a, 97 V 231 Erw. 2).

Im Rahmen der gemischten Methode ist für die Bestimmung der Wartezeit und des Rentenbeginnes analog zur Rechtsprechung zur Ermittlung des Invaliditätsgrades auf den gewichteten Durchschnitt der Arbeitsunfähigkeit in beiden Teilbereichen abzustellen (BGE 130 V 97 und 102 Erw. 3.4).

2.

2.1 Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin im vorliegend zur Diskussion stehenden Zeitraum bis zum Datum des angefochtenen Einspracheentscheids vom 29. November 2005 Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

Das Rückenleiden der Beschwerdeführerin machte sich ab dem 18. Oktober 2002 einschränkend bemerkbar, so dass ein Rentenanspruch ab Oktober 2003, nach dem frühestmöglichen Ablauf der einjährigen Wartezeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG, in Betracht fällt.

E. 2

/

E. 2.2.1

Zunächst stellt sich die Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin im strittigen Zeitraum berufstätig und in welchem Umfang sie im Haushalt tätig gewesen wäre.

Fachpersonen, welche die Beschwerdeführerin im Februar 2004 in der Schmerzsprechstunde der Rheumaklinik des Spitals F.____ nochmals untersuchten, fÄ¼r gegeben (vgl. Urk. 14/19 S. 1, Urk. 14/42 S. 2). GemÄ¼ss den AusfÄ¼hrungen im Bericht von Dr. med. O.____ von der Klinik G.____ vom 15. MÄ¼rz 2004 (Urk. 14/15) brachten jedoch eine lumbale Funktionsmyelographie und eine Myelo-Computertomographie in der Klinik P.____ vom 5. MÄ¼rz 2003 erneut keine Nervenwurzelkompression auf der HÄ¼he L4/5/S1 zu Tage, sondern es war wiederum nur von einer leichten Diskopathie mit Diskusprotrusion im Bereich L4/5 die Rede. Dementsprechend sah Dr. O.____ keine Pathologie, die eine neurochirurgische Behandlung brauche, sondern empfahl vor allem Physiotherapie zur Verbesserung der Bauch- und RÄ¼ckenmuskulatur. Auch hielt er fest, dass es aus seiner Sicht keine Kontraindikation fÄ¼r eine Arbeitssuche gebe (Urk. 14/15 S. 1; vgl. auch Urk. 14/38 und Urk. 14/39).

2.3.2Ä¼ Die vorstehenden AbklÄ¼rungsergebnisse der Klinik G.____ einschliesslich der Attestierung einer ArbeitsfÄ¼higkeit bestÄ¼tigen rÄ¼ckwirkend die Beurteilung von Dr. E.____, der im Bericht vom 16. November 2003 festhielt, aus rein rheumatologischer Sicht sei eine wechselbelastende, leichte kÄ¼rperliche TÄ¼tigkeit zu 50 % mÄ¼glich, falls die weiteren neurologischen und rheumatologischen AbklÄ¼rungen negativ ausfallen sollten und der Neurochirurg ein operatives Vorgehen ablehne (Urk. 28/44 S. 2). In Ä¼bereinstimmung damit steht die Angabe des Hausarztes Dr. med. J.____, welcher der BeschwerdefÄ¼hrerin im Bericht vom 30. November 2004 ebenfalls einen halbtÄ¼gigen Einsatz in einer angepassten TÄ¼tigkeit zumutete (Urk. 28/32 S. 4).

2.3.3Ä¼ Sodann brachten die AbklÄ¼rungen, die im weiteren Zeitverlauf noch durchgefÄ¼hrt wurden, in Bezug auf fassbare organische Befunde nichts mehr hervor, was die dargelegten, in der Zeit bis Ende 2003/Anfang 2004 gemachten Feststellungen in Frage stellen wÄ¼rde. Insbesondere konnten weder wÄ¼hrend der Hospitalisationen im Spital A.____ noch wÄ¼hrend des Rehabilitationsaufenthaltes in der Klinik H.____ wesentliche neurologische AuffÄ¼lligkeiten ausgemacht werden (vgl. Urk. 14/11 S. 1, Urk. 14/11 S. 4 und S. 5, Urk. 14/30 S. 49, Urk. 14/33 S. 3 f., Urk. 14/20 S. 1, Urk. 14/31 S. 2), ausser der schon frÄ¼her vermuteten lumboradikulÄ¼ren Komponente im Bereich L5/S1 (mit fehlendem Achillessehnenreflex links; vgl. Urk. 14/20 S. 1 und S. 2, Urk. 14/31 S. 2). Hingegen beobachteten die medizinischen Fachpersonen nunmehr eine zunehmende Chronifizierung der Schmerzproblematik und sprachen von einer fibromyalgiformen Schmerzbeteiligung und von Zeichen einer SchmerzverselbstÄ¼ndigung (vgl. Urk. 14/11 S. 1, Urk. 14/11 S. 3 und S. 5, Urk. 14/10 S. 1, Urk. 14/30 S. 48, Urk. 14/33 S. 3, Urk. 14/20 S. 1, Urk. 14/31 S. 2).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Eine solche VerselbstÄ¼ndigung und Chronifizierung der Schmerzen mit Ausbreitung Ä¼ber die gesamte WirbelsÄ¼ule, Ä¼ber das gesamte linke Bein bis in den Fuss sowie in die linke Schulter und in den linken Arm wurde auch im rheumatologischen Teilgutachten des L.____ im Rahmen der Erhebungen vom Mai 2005 beschrieben (Urk. 14/30 S. 9 ff.); dies bei im Ä¼brigen gleichen organisch fassbaren Befunden, wobei immerhin zu bemerken ist, dass die schon frÄ¼her erwÄ¼hnte Diskusverlagerung beziehungsweise Diskusprotrusion auf der HÄ¼he L5/S1 bei einer abermaligen MRI-Untersuchung der LendenwirbelsÄ¼ule vom Januar 2005 neu als Diskushernie mit Tangierung, aber ohne Komprimierung der Nervenwurzeln bezeichnet wurde (vgl. Urk. 14/30 S. 11 und S. 12 sowie den Bericht des RÄ¼ntgeninstitutes R.____ vom 25. Januar 2005, Urk. 14/30 S. 24 f.). In der Gesamtbeurteilung gelangten die

L.____-Gutachter in Anbetracht dieser Feststellungen zu den somatischen Diagnosen eines chronifizierten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms und eines zunehmend multilokulären generalisierten unspezifischen Schmerzsyndroms (Urk. 14/30 S. 19). Dennoch wurden der Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht zwar körperlich schwere und auch mittelschwere Tätigkeiten mit starker oder mittelstarker Rückenbelastung nicht mehr zugemutet, hingegen wurde ihr für eine körperlich leichte Tätigkeit mit insbesondere nur leichter Rückenbelastung und mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen ohne monoton-repetitive Haltungen über die Beurteilung von Dr. E.____ und Dr. J.____ hinaus sogar eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 14/30 S. 13). Ausserdem gelangte das L.____ im psychiatrischen Teilgutachten zur Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (Code F45.4 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10; Urk. 14/30 S. 17), dass dieser Störung jedoch keinen beeinträchtigenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 14/30 S. 17 f.), was auch in der Gesamtbeurteilung bestätigt wurde (Urk. 14/30 S. 19 f.).

Die Beurteilung, dass sich die festgestellte psychische Problematik zumindest bis zum Zeitpunkt der Begutachtung im L.____ vom Mai 2005 noch nicht zusätzlich zu den rheumatologisch begründbaren Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkte, ist grundsätzlich in sich schlüssig. Denn die von rheumatologischer Seite gestellte Diagnose eines multilokulären generalisierten Schmerzsyndroms und die von psychiatrischer Seite gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung charakterisieren keine voneinander unabhängigen, nebeneinander bestehenden Krankheitsbilder, sondern beschreiben vielmehr dasselbe, durch organische Befunde nicht hinreichend erklärbare Beschwerdebild einmal aus der Sicht der Psychiatrie und einmal aus der Sicht der Rheumatologie. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die rheumatologischerseits attestierten Einschränkungen bereits dem Schmerzbild in seiner Gesamtheit Rechnung tragen. Die L.____-Gutachter begründeten den Umstand, dass sie aus psychiatrischer Sicht keine zusätzliche Beeinträchtigung attestierten, denn auch damit, dass im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (noch) keine weitere psychische Störung im Sinne einer affektiven Mitbeteiligung wie etwa eine depressive Komponente oder eine Angstproblematik habe erkannt werden können (vgl. Urk. 14/30 S. 17 f. und S. 20). In Abweichung vom Gutachten des L.____ konnte dann allerdings Dr. N.____ in seinem Bericht vom 26. Juli 2006 eine solche depressive Komponente erkennen, und er diagnostizierte dementsprechend neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine leichte depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 Code F32.01; Urk. 20 S. 1). Indessen führte er aus, dass die Beschwerdeführerin vor allem seit etwa einem Jahr, im Anschluss an einen forcierten Arbeitsversuch, über die Zunahme einer depressiven Symptomatik klagt (vgl. Urk. 20 S. 2 und S. 3). Die Beurteilung von Dr. N.____ vermag daher die Beurteilung im L.____-Gutachten für den vorliegend zur Diskussion stehenden Zeitraum bis zum Datum des angefochtenen Einspracheentscheids nicht in Frage zu stellen. Daran ändert auch nichts, dass Dr. M.____ der Beschwerdeführerin offenbar bereits im Jahr 2004 Antidepressiva verschrieben hatte (vgl. Urk. 14/30 S. 16 und S. 17, Urk. 20 S. 3), denn in seinem Brief vom 14. April 2004 (Urk. 14/14) stellte Dr. M.____ noch nicht explizit die Diagnose einer Depression, sondern vermutete lediglich in allgemeiner Form eine

der Indizien für eine Verschlechterung der psychischen Situation enthält, können hingegen im vorliegenden Verfahren nicht mehr berücksichtigt werden, weil sie erst das Jahr 2006 betreffen.

2.3.6 Bei der Bemessung der gesundheitlich zumutbaren Arbeitsleistung in einer beruflichen Tätigkeit erscheint die Annahme einer nur 30%igen Arbeitsfähigkeit für gesundheitlich geeignete Arbeiten im Sinne der Beurteilung von Dr. K. als zu tief; zum einen deshalb, weil Dr. K. die Beschwerdeführerin wie schon dargetan zu einem Zeitpunkt der Schmerzexacerbation untersucht hatte, und zum andern vor allem auch darum, weil sich bei den nachfolgenden Abklärungen keine Anhaltspunkte für allfällige von Dr. K. möglich gehaltene entzündliche Prozesse (vgl. Urk. 14/23 S. 7 und S. 11) zeigten, sondern die Laboruntersuchungen im Spital A., in der Klinik H. und im L. diesbezüglich normale Werte ergaben (vgl. Urk. 14/11 S. 5, Urk. 14/30 S. 49 ff., Urk. 14/30 S. 47, Urk. 14/30 S. 8) und die MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom Januar 2005 im Röntgeninstitut R. unauffällige Iliosakralgelenke ohne Zeichen für eine Sacroiliitis präsentierte (vgl. Urk. 14/30 S. 24 f. und Urk. 14/30 S. 11 und S. 12). Auch waren die von Dr. K. noch erwähnten Schwellungen über dem linken oberen Sprunggelenk und über dem linken Handgelenk (vgl. Urk. 14/23 S. 7) in den nachfolgenden Untersuchungen offenbar kein Thema mehr; sie sind in den gerade zitierten Berichten nicht mehr aufgeführt.

Anderseits ist einzuräumen, dass die Attestierung einer Leistungseinschränkung von lediglich 20 % (Urk. 14/30 S. 13) oder sogar von maximal 20 % (Urk. 14/30 S. 20 und S. 23) im Gutachten des L. als eher knapp bemessen erscheint, zumal sich die radiologischen Befunde angesichts der Magnetresonanztomographie vom Januar 2005 gegenüber den Vorbefunden eher verstärkt haben dürften. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Wendung im rheumatologischen Teilgutachten des L., im Gegensatz zu körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten liege für eine körperlich leichte Tätigkeit keine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (vgl. Urk. 14/30 S. 13), eine doch ins Gewicht fallende teilweise Einschränkung impliziert, zu der das nachfolgende Attest einer lediglich 20%igen oder sogar höchstens 20%igen Einschränkung in einem gewissen Spannungsfeld steht.

Wie indessen aus dem Folgenden hervorgeht, resultiert selbst bei Annahme einer - als grosszügig zu beurteilenden - 50%igen Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit für angepasste leichte Tätigkeiten entsprechend der Einschätzung des behandelnden Rheumatologen Dr. E. im Bericht vom 16. November 2003 und in einem Arztzeugnis zuhanden der Arbeitslosenversicherung samt Zumutbarkeitsbeurteilung vom 17. Mai 2004 (Urk. 14/44 S. 2, Urk. 14/40 und Urk. 14/41) sowie auch des Hausarztes Dr. J. im Bericht vom 30. November 2004 (Urk. 14/32 S. 4) noch kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad.

E. 2.4

2.4.1 Für die Festlegung des Einkommens, das die Beschwerdeführerin ab Oktober 2003 mit einer angepassten, mindestens 50%igen Berufstätigkeit zu erzielen vermöchte, sind gestützt auf die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zur Invalidenversicherung die Tabellen ohne heranzuziehen, wie sie der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen

Lohnstrukturerhebung (LSE) zu entnehmen sind (vgl. BGE 126 V 76 f. Erw. 3b mit Hinweisen). In der LSE 2002 (S. 43 Tabelle TA1) ist für Arbeitnehmerinnen des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im Privaten Sektor ein Bruttomonatslohn von Fr. 3'820.-- angegeben (Lohn, über dem beziehungsweise unter dem sich 50 % aller Lohnangaben befinden [so genannter Zentralwert], unter anteilmässiger Berücksichtigung des 13. Monatslohnes und standardisiert auf 40 Wochenstunden). Umgerechnet auf die im Jahr 2002 betriebliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft 9-2006, S. 90, Tabelle B9.2) ergibt sich für das Jahr 2002 für eine Vollzeitbeschäftigung ein Monatslohn von Fr. 3'982.-- und für das Jahr 2003 unter Berücksichtigung der Teuerung (für Frauen von 2296 auf 2334 Indexpunkte; vgl. Die Volkswirtschaft 9-2006, S. 91, Tabelle B10.3, 1939 = 100) ein Monatslohn von Fr. 4'048.--. Die Reduktion dieses Betrages auf 50 % aufgrund der mindestens 50%igen zumutbaren Arbeitsleistung führt zu einem Monatslohn von Fr. 2'024.--. Eine weitere Reduktion dieses Betrages, wie sie das Eidgenössische Versicherungsgericht im Einzelfall vornimmt, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen auch bei der Verrichtung einer an sich angepassten Tätigkeit in gewisser Masse eingeschränkt und dadurch erfahrungsgemäss gegenüber voll leistungsfähigen Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind (vgl. BGE 124 V 323 f. Erw. 3b/bb sowie auch BGE 126 V 78 Erw. 5a/bb), rechtfertigt sich vorliegendenfalls deshalb nicht, weil die angenommene 50%ige Einschränkung gemäss den vorstehenden Ausführungen grosszügig bemessen ist, so dass bereits der Wert von Fr. 2'024.-- als gesundheitlich zumutbares Mindesteinkommen gelten muss.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss den Angaben der X.____ vom 14. November 2003 im Fragebogen für den Arbeitgeber hätte die Beschwerdeführerin dort bei guter Gesundheit ab dem 1. Januar 2003 einen Monatslohn von Fr. 2'340.-- erhalten (Urk. 14/62 S. 2 Ziff. 12), was unter anteilmässiger Berücksichtigung des 13. Monatslohnes einen monatlichen Betrag von Fr. 2'535.-- ergibt. Aus der Gegenüberstellung dieses Betrages und des gesundheitlich zumutbaren Mindesteinkommens von Fr. 2'024.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von rund 20 %. Bei einem Anteil der erwerblichen Tätigkeit am gesamten Betätigungsfeld von 60 % beträgt damit die Einschränkung im Erwerbsbereich rund 12 %.

2.4.2. Ä Ä Damit unter diesen Umständen ein Gesamtinvaliditätsgrad von mindestens 40 % erreicht würde, müsste im Haushalt eine Einschränkung von rund 70 % vorliegen. Die Gutachter des L.____ hielten fest, dass die Beschwerdeführerin verschiedene schwere Arbeiten, wie diverse Putzarbeiten und das Tragen von schweren Taschen, nicht mehr zu verrichten vermöge, so dass daraus eine 20%ige Einschränkung im Haushalt resultiere (vgl. Urk. 14/30 S. 21). Dieser Wert erscheint wiederum als knapp bemessen angesichts dessen, dass die L.____-Gutachter der Beschwerdeführerin, was den Beruf anbelangt, auch eine lediglich mittelschwere Tätigkeit nicht mehr ohne weiteres zumuteten. Immerhin gab die Beschwerdeführerin aber bei der Begutachtung im L.____ selber an, wenigstens die Zubereitung des Frühstückes und des Mittagessens, kleinere Einkäufe und gelegentliche leichte Putzarbeiten selber zu verrichten (vgl. Urk. 14/30 S. 7), und im Bericht der Rheumaklinik des Spitals F.____ vom 26. Februar 2004 ist die Angabe der Beschwerdeführerin wiedergegeben, dass sie das Putzen auf Tischhöhe noch selber erledige, das Kochen grösstenteils selber übernehme und zudem gewisse

Verrichtungen an ihre aktuellen Fähigkeiten adaptiert habe (Urk. 14/19 S. 5). In Anbetracht dieser Angaben kann schon ohne detaillierte Abklärungen im Haushalt davon ausgegangen werden, dass eine Einschränkung von rund 70 % im Haushaltbereich nicht erreicht wird (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. zu einem vergleichbaren Sachverhalt das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen G. vom 18. Mai 2005, I 12/05, Erw. 2.4 mit Hinweisen). Eine Rückweisung zur Durchführung einer Haushaltabklärung, wie sie die Beschwerdeführerin beantragen liess (vgl. Urk. 1 S. 2 und S. 21), erbringt sich daher.

2.5. Die vorstehenden Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

Wie bereits dargelegt, enthalten indessen die Berichte der Klinik G. aus der Zeit ab Januar 2006 (Urk. 7, Urk 11/1, Urk. 16) und der Bericht von Dr. N. vom 26. Juli 2006 (Urk. 20) Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu Anfang des Jahres 2006 verschlechtert haben könnte. Die Akten sind daher nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids an die Beschwerdegegnerin zu überweisen, damit sie ohne weiteres Begehren der Beschwerdeführerin prüfen, ob seit dem Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 29. November 2005 eine anspruchserhebliche Veränderungen in den Verhältnissen eingetreten ist. Sollte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin tatsächlich verschlechtert haben, so wäre die Durchführung einer Haushaltabklärung nunmehr unumgänglich.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

Die Akten werden nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zur Durchführung des Revisionsverfahrens an die Beschwerdegegnerin überweisen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

E. 3

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Fleisch
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 25 und Urk. 26/1+2
- Bundesamt für Sozialversicherung
- Vorsorgeeinrichtung Y.

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige

Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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