

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01099 vom 30. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.01099](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01099)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01099 du 30 juin 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01099 del 30 giugno 2010

## Erwägungen

### E. 1

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

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

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente

und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 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 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 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. Die Beschwerdegegnerin geht gestützt auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 22. Januar 2008 davon aus, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft nicht mehr arbeitsunfähig sei, jedoch eine angepasste leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit zu einem Pensum von 70 % ausüben könne (Urk. 2 S. 3, Urk. 6).

Die Beschwerdeführerin erhebt verschiedene Rügen gegen das Y.\_\_\_\_-Gutachten und stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, an einer invalidisierenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit depressiven

Symptomen zu leiden und für jegliche Tätigkeit arbeitsunfähig zu sein (Urk. 1, Urk. 10, Urk. 15).

### E. 3

3.1 Aus somatischer Sicht ergeben sich aus den Akten die Diagnosen eines linksseitigen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bei Diskusprotrusion L4/5 mit intraforaminaler Hernie L4/5 links und leichten Diskusprotrusionen L3/4 und L5/S1 sowie einer neuropathischen/neuralgieformen Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Unterbauches und der Leistenregion mit Neuropathie der Nerven ilioinguinalis und iliohypogastricus bei Status nach Koagulation dieser beiden Nerven im Februar 2006 (ICD-10 G58.9) sowie Status nach Sectio cesarea am 8. November 2004 (ICD-10 O82.0z; Urk. 7/14 S. 5, S. 7, S. 9, S. 13, Urk. 7/31 S. 1, S. 4, Urk. 7/33 S. 8, Urk. 7/44 S. 15, Urk. 7/52 S. 5).

3.2 In psychischer Hinsicht wurde im Y. \_\_\_-Gutachten vom 22. Januar 2008 ausgeführt, die Beschwerdeführerin klagt hauptsächlich über Schmerzen im Bereiche des Bauches, des Rückens und des linken Beines. Psychische Beschwerden seien, abgesehen von einer schmerzbedingten Verstimmung, keine angegeben worden. Auch objektiv konnten keine gravierenden psychopathologischen Symptome beobachtet werden. Eine signifikante depressive Verstimmung könne ausgeschlossen werden. Die Beschwerdeführerin stehe auch nicht in psychiatrischer Behandlung und nehme keine Psychopharmaka ein. Für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fehlten die psychosozial belastenden Faktoren, denn weder die Kindheit noch die Gegenwart der Beschwerdeführerin wiesen traumatische Erlebnisse auf. Es lasse sich somit lediglich eine Schmerzstörung diagnostizieren (Urk. 7/44 S. 10 f.).

Demgegenüber diagnostizierte der Vertrauensarzt des BVG-Versicherers, Dr. med. Z. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, in seinen Gutachten vom 28. Mai 2007 beziehungsweise vom 15. Februar 2008 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; Urk. 7/33 S. 8 f., Urk. 7/52 S. 5 f.) - dies im Einklang mit den Ärzten der Klinik A. \_\_\_ im Bericht vom 5. November 2007 (Urk. 7/44 S. 22 f.). In seinem Bericht vom 15. November 2005 (Urk. 20) führte Dr. Z. \_\_\_ zudem die von den Psychotherapeuten des Zentrums B. \_\_\_ im Bericht vom 15. Februar 2008 (Urk. 7/52 S. 11) zusätzlich gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) an. Dr. Z. \_\_\_ und die behandelnden Ärzte wiesen zudem auf eine komplexe psychosoziale Belastungssituation hin, welche die eingenommene passive Rolle der Beschwerdeführerin und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung unterhielten (Urk. 7/33 S. 9 f., Urk. 7/44 S. 23, Urk. 7/52 S. 8).

3.3 Selbst wenn man - wie von der Beschwerdeführerin postuliert (Urk. 1 S. 4 f.) - vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung ausgehen würde, liesse sich daraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Denn wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein

solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

Das Kriterium der psychischen Komorbidität sieht die Beschwerdeführerin als durch die von verschiedenen Ärzten diagnostizierte Depression erfüllt (Urk. 1 S. 5 ff.). Dem kann nicht gefolgt werden. Laut Vertrauensarzt Dr. Z. \_\_\_ fehlten zumindest im Zeitpunkt seines Gutachtens vom 15. Februar 2008 Zeichen für eine klassische Depression (Urk. 7/52 S. 5). Die Ärzte der Klinik A. \_\_\_ beschränkten sich im Bericht vom 5. November 2007 auf den Hinweis einer zunehmenden depressiven Entwicklung mit depressiver Stimmung, Angst, Zweifel, sozialem Rückzug, Schlafbeschwerden, Antriebsmangel und Motivationsminderung. Eine entsprechende Diagnose nach ICD-10 wurde aber nicht gestellt (Urk. 7/44 S. 24).

Unter diesen Umständen ist das Vorliegen einer depressiven Erkrankung mit der erforderlichen erheblichen Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer nicht erstellt, zumindest kann nicht angenommen werden, dass es sich bei der bisweilen erwähnten depressiven Stimmung um ein selbständiges depressives Leiden und nicht lediglich um eine reaktive Begleiterscheinung zu den Schmerzen handelt. Daran vermag auch die im Zentrum B. \_\_\_ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) nichts zu ändern, denn der in der Stellungnahme vom 15. Februar 2008 zum Y. \_\_\_-Gutachten wiedergegebene Psychostatus entspricht im Wesentlichen demjenigen, der schon während des Aufenthaltes in der Klinik A. \_\_\_ im Herbst 2007 erhoben wurde: Lust- und Interesselosigkeit, Schlafstörungen, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken und Appetitverminderung (Urk. 7/52 S. 9, S. 11). Ausserdem gilt der Grundsatz, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu wärdigen sind (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc), für den Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 20. März 2006, I 655/05, Erw. 5.4 mit Hinweisen).

Zwar hat die Beschwerdeführerin - insbesondere seit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit im Februar 2006 - wichtige soziale Kontakte verloren. Doch kann

angesichts des bei der psychiatrischen Begutachtung im Y.\_\_\_\_ angegebenen Kontaktes mit vielen Kolleginnen, Nachbarinnen und den Verwandten des Ehegatten, tÄglichen LektÄre von (albanischen und deutschen) Zeitungen, selbstÄndigen Erledigung von leichten Putzarbeiten und Betreuung der Kinder, inklusive Hilfe bei Schulaufgaben (Urk. 7/44 S. 9) nicht von einem schwerwiegenden, nahezu umfassenden sozialen RÄckzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolierung gesprochen werden. Ferner besteht im Lichte der Aktenlage kein Grund zur Annahme eines ausgeprÄgten, therapeutisch nicht mehr angehbaren primÄren Krankheitsgewinns; ein sekundÄrer Krankheitsgewinn (Schmerz als Entlastung aus der Pflicht zur finanziellen Versorgung der Familie; vgl. Urk. 7/11 S. 11) ist hingegen rechtlich unbeachtlich. Schliesslich wiegt der Umstand, dass die Behandlungsergebnisse trotz wiederholter, lÄngerer Therapieversuche bei aktiver Mitwirkung und vorhandener Motivation der BeschwerdefÄhrerin insgesamt nicht wie erhofft ausfielen, in WÄrdigung der Gesamtsituation nicht derart schwer, dass dies zusammen mit dem im VerfÄgungszeitpunkt 2 Ä½-jÄhrigen, chronifizierten Krankheitsverlauf die Unzumutbarkeit einer SchmerzÄberwindung rechtfertigen lÄsst. Aus rechtlicher Sicht sprechen somit keine hinreichenden GrÄnde dafÄr, dass die psychischen Ressourcen es der BeschwerdefÄhrerin nicht erlaubten, trotz ihrer Schmerzen weiterhin eine behinderungsangepasste ErwerbstÄtigkeit auszuÄben.

3.4ÄÄÄ Auch die von der BeschwerdefÄhrerin gegen das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 22. Januar 2008 erhobenen RÄgen (Urk. 1 S. 19, Urk. 10 S. 3) vermÄgen dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen. Denn sowohl das nach der Begutachtung im Y.\_\_\_\_ erstellte Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2008 als auch die Stellungnahme des Zentrums B.\_\_\_\_ vom gleichen Tag enthalten inhaltlich keine neuen Befunde, weshalb sich die Einholung einer Stellungnahme der Y.\_\_\_\_-Gutachter dazu erÄbrigte. Der Austrittsbericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom 5. November 2007 lag hingegen den Y.\_\_\_\_-Gutachtern vor und wurde auch inhaltlich berÄcksichtigt (Urk. 7/44 S. 5). Weiter beschrieb Dr. Z.\_\_\_\_ auf S. 9 f. seines Gutachtens vom 28. Mai 2007 die erhobenen psychosozialen Belastungsfaktoren ausfÄhrlich (Urk. 7/27 S. 9 f. beziehungsweise Urk. 7/33 S. 9 f.), weshalb sich die Y.\_\_\_\_-Gutachter selbst bei unterlassener Zustellung der letzten Seite des Gutachtens (vgl. Urk. 1 S. 19) ein vollstÄndiges Bild der wesentlichen Untersuchungsergebnisse machen konnten.

ÄÄÄÄÄ Wohl hatte Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt fÄr Rheumatologie, in seinem im Rahmen einer Zweitmeinung verfassten Bericht vom 1. Juni 2007 ein MRI der LendenwirbelsÄule mit der Frage nach einer Wurzelkompression S1 empfohlen, falls der erstmals von ihm erhobene Befund eines abgeschwÄchten Achillessehnenreflexes links und einer abgeschwÄchten Tonisierung der Glutealmuskulatur konstant sei. Doch hatte er darauf hingewiesen, dass sich die Symptomatik nicht alleine durch eine allfÄllige Wurzelkompression S1 erklÄren lasse, und hatte erÄ ein zentralisiertes Schmerzsyndrom in Betracht gezogen (Urk. 7/31 S. 5). Von einem weiteren MRI kÄnnen somit keine zusÄtzlichen Erkenntnisse erwartet werden, zumal anlÄsslich der neurologischen Konsiliaruntersuchung im Y.\_\_\_\_ mittelsymmetrische Reflexe an den Beinen erhoben wurden.

ÄÄÄÄÄ Schliesslich vermÄgen die erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten medizinischen Berichte (Urk. 16, Urk. 20) keine bezÄglich des Zeitpunkts des Erlasses der angefochtenen VerfÄgung vom 6. Oktober 2008 neuen Sachverhaltselemente zu belegen. Insbesondere die im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 17.

Juni 2009 (Urk. 16) angegebene Kriegstraumatisierung ergänzt allenfalls die für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erforderlichen psychosozialen Belastungsfaktoren, vermag jedoch deren Überwindbarkeit nicht in Frage zu stellen.

3.5 Gemäss den Schlussfolgerungen im Y. \_\_\_-Gutachten vom 22. Januar 2008 können der Beschwerdeführerin seit dem 6. Februar 2006 aus neurologischer Sicht keine körperlich schweren und intermittierend mittelschweren Tätigkeiten (und somit auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Raumpflegerin beziehungsweise als hauswirtschaftliche Angestellte in einem Altersheim) mehr zugemutet werden. Körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten könnten ihr aber ganztags zugemutet werden. Aufgrund des schmerzbedingt erhöhten Pausenbedarfs bestehe eine Leistungsfähigkeit von 70 % (Urk. 7/44 S. 17, S. 19). Diese Einschätzung ist überzeugend und weicht nicht erheblich von derjenigen des Spitals E. \_\_\_ im Bericht vom 1. Juni 2006 an den Krankentaggeldversicherer ab, worin - wohl im Sinne einer schrittweisen Reintegration - eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit halbtags mit Steigerung auf 100 % innerhalb von sechs Monaten attestiert wurde (Urk. 7/11 S. 13).

Seine Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit im Bericht vom 26/27. Oktober 2006 versah der Hausarzt Dr. F. \_\_\_ mit der Bemerkung, dass die Beschwerdeführerin "solch heftige Dauerschmerzen angibt, welche keine entspr. Arbeit ermöglichen" (Urk. 7/14 S. 4). Zur invalidenversicherungsrechtlich massgebenden objektiv zumutbaren Arbeitsleistung nahm er damit nicht Stellung. Dr. Z. \_\_\_ ging hingegen bei der Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit selbst in angepasster Tätigkeit in den Gutachten vom 28. Mai 2007 (Urk. 7/33 S. 10 f.) und vom 15. Februar 2008 (Urk. 7/52 S. 7) wohl von einer Invalidisierung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus, weshalb auch darauf nicht abgestellt werden kann.

Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als hauswirtschaftliche Mitarbeiterin in einem Altersheim aus körperlicher Sicht seit Februar 2006 nicht mehr zumutbar ist. Eine körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit könnten ihr aber mit einer Leistungsfähigkeit von 70 % wegen des schmerzbedingt erhöhten Pausenbedarfs ganztags zugemutet werden.

#### **E. 4**

4.1 Hinsichtlich der erwerblichen Gewichtung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit geht die Beschwerdegegnerin aufgrund der statistischen Daten der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2004 davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen einer Hilfsarbeitstätigkeit bei einem Pensum von 70 % und einem leidensbedingten Abzug von 10 % ein Invalideneinkommen für das Jahr 2005 von Fr. 30'914.10 erzielen könnte. Verglichen mit dem zuletzt erzielten und dem Nominallohnindex für das Jahr 2005 angepassten Valideneinkommen von Fr. 53'775.45 ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 42.51 % (Urk. 2 S. 4).

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber einen leidensbedingten Abzug von 25 % geltend und rügt im Übrigen eine Verletzung der Begründungspflicht (Urk. 1 S. 16 ff., Urk. 10 S. 3 f.).

4.2 Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des

Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte Verdienst (vgl. Entscheid vom 5. Februar 2003 in Sachen G., I 411/02, Erw. 2.1 mit Hinweisen). Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt eines allfälligen Rentenbeginns abzustellen (BGE 128 V 174).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Lohnausweis 2004 erzielte die Beschwerdeführerin bei vollzeitlicher Erwerbstätigkeit ein Jahreseinkommen von Fr. 53'243.-- (Urk. 7/9 S. 16). Dieses Einkommen ist an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2007 anzupassen (Ablauf des im Februar 2006 begonnenen Wartejahres; 2360 Punkte im Jahre 2004, 2453 Punkte im Jahre 2007 gemäss "Die Volkswirtschaft" 6-2010 S. 95, Tabelle B 10.3), weshalb von einem Valideneinkommen von rund Fr. 55'341.-- auszugehen ist.

4.3 Ä Ä Ä Ä Zur Ermittlung des Invalideneinkommens sind rechtsprechungsgemäss die Daten der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen LSE heranzuziehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unter Zugrundelegung eines durchschnittlichen Monatseinkommens von Fr. 4'019.-- (inklusive Anteil 13. Monatslohn) im Jahre 2006 (LSE 2006 S. 25, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4) und der bis ins Jahre 2007 eingetretenen Nominallohnentwicklung (2417 Punkte im Jahre 2006, 2453 Punkte im Jahre 2007 gemäss "Die Volkswirtschaft" 6-2010 S. 95, Tabelle B 10.3, sowie der damals betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 6-2010 S. 94, Tabelle B 9.2) ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 70 % ein Invalideneinkommen von rund Fr. 35'719.--.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Frage, ob und in welchem Ausmass dieser statistische Lohn zu korrigieren ist, hängt von den gesamten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; BGE 126 V 75). Wegen ihrer Behinderung ist die Beschwerdeführerin auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit gesundheitlich nicht beeinträchtigten Bewerberinnen und Bewerbern benachteiligt, was sich negativ auf das Lohnniveau auswirkt. Zu den weiteren von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Umständen (Arbeitstempo, Ausbildung, mangelnde Sprachkenntnisse, Nationalität, Alter; Urk. 1 S. 16, Urk. 10 S. 3) ist festzuhalten, dass sich der Ausländerstatus (Niederlassungsbewilligung C; Urk. 7/5 S. 1) im hier in Betracht fallenden Arbeitssegment nicht signifikant lohnmindernd auswirkt (vgl. LSE 2006, TA12 [Anforderungsniveau 4/Niederlassungsbewilligung C/Frauen/Median]). Entsprechendes gilt bezüglich des Alters der Versicherten (Jahrgang 1969; vgl. LSE 2006, TA 9, Anforderungsniveau 4/Frauen/Median). Auch das Kriterium der Ausbildung vermag keinen leidensbedingten Abzug zu rechtfertigen (vgl. dazu LSE 2006, TA1 [TOTAL Anforderungsniveau 4/Frauen] in Verbindung mit TA11 [Anforderungsniveau 4/Frauen/Median]). Nicht abzugsrelevant sind schliesslich - invaliditätsfremde - Sprachschwierigkeiten, die sich hier gleichermassen auf das Validen- und Invalideneinkommen auswirken. Aus diesen Gründen erscheint die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Herabsetzung des statistischen Lohnes um 10 % als gerechtfertigt, was zu einem hypothetischen Invalideneinkommen von rund Fr. 32'147.-- führt.

4.4 Ä Ä Ä Ä Aus dem Vergleich der beiden Einkommen (Valideneinkommen: Fr. 55'341.--; Invalideneinkommen: Fr. 32'147.--) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr.

23'194.--, mithin ein den Anspruch auf eine Viertelsrente begründender Invaliditätsgrad von rund 42 %, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

5. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Bruno Häfliger
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)
- G.\_\_\_\_

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, 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.