

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00493 vom 30. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00493

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00493 du 30 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00493 del 30 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche 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 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 7. April 2009 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 intertemporalrechtlichen 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen 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 in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.3 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).

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).

E. 2

2.1 Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle, die Beschwerdeführerin habe am 6. Januar 2007 einen Unfall erlitten. Aus medizinischer Sicht sei ihr die angestammte Tätigkeit in der Bäckerreinigung nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsangepasste leichte Tätigkeit sei ihr dagegen zu 100 % zumutbar. Weiter hielt die IV-Stelle dafür, dass die Beschwerdeführerin als teilerwerbstätige Hausfrau mit einem ausserhäuslichen Pensum von 30 % zu qualifizieren sei. Da sie bloss noch eine behinderungsangepasste leichte Tätigkeit verrichten könne, erleide sie gegenüber dem Salär, welches sie mit ihrer angestammten Tätigkeit erzielen würde, bei einem Pensum von 30 % eine Erwerbseinbusse von Fr. 1'096.20, was einer Einschränkung von 7 % und einem gewichteten Teilinvaliditätsgrad von 2,1 % entspreche. Die Einschränkung im Haushaltsbereich von 12,25 % entspreche einem gewichteten Teilinvaliditätsgrad von 8,58 %. Bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von 11 % bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 2).

2.2 Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin geltend, es treffe nicht zu, dass sie als teilerwerbstätige Hausfrau zu qualifizieren sei. Ohne Gesundheitsschaden wäre sie ab 1. April 2007 mit einem Pensum von 100 % erwerbstätig gewesen. Weiter treffe es nicht zu, dass sie in einer behinderungsangepassten

Tätigkeit arbeitsfähig sei. Sie benötige noch immer Gehstäcke und sei angesichts ihrer multiplen Beschwerden nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Urk. 1 und 14).

E. 3.1

3.1.1. Im Bericht der Chirurgischen Klinik des Spitals Z.____ vom 24. Oktober 2007 wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe angegeben, sie leide seit der operativen Versorgung einer Malleolarfraktur rechts konstant an starken OSG-Schmerzen, wobei sie nie von den Stücken weggekommen sei. Sie sei daraufhin im Sinne eines Morbus Sudeck mit Analgetika und Miacalcic therapiert worden. Eine Osteosynthesematerialentfernung habe am 13. Juli 2007 stattgefunden. Knapp 1 ½ Monate danach würde die Patientin immer noch über die selben Schmerzen klagen. Am 14. August 2007 sei eine MRI-Untersuchung des OSG durchgeführt worden. Eine Erklärung der vorliegenden klinischen Zeichen sei indes nicht gefunden worden. Zur Abklärung des diagnostizierten Verdachts auf einen Morbus Sudeck wurde die Beschwerdeführerin an die Klinik A.____ überwiesen (Urk. 8/12 S. 71).

Dr. med. B.____, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des Spitals Z.____, hielt in seinem am 19. November 2008 bei der IV-Stelle eingegangenen Bericht fest, dass die letzte Kontrolle am 20. August 2007 stattgefunden habe und der Beschwerdeführerin ab jenem Tag eine sitzende Tätigkeit ganztags zumutbar gewesen sei (Urk. 8/17).

3.1.2. Am 13. November 2007 hielten die in der Abteilung Fusschirurgie tätigen Ärzte der Klinik A.____ fest, die Patientin sei an zwei Rückstücken mobilisiert und weise ein hinkendes Gangbild auf. Im Seitenvergleich zeige sich diskret eine livide Verfärbung des Rückfusses sowie eine mässige Schwellung in diesem Bereich. Weiter zeige sich eine massive Druckdolenz beginnend am distalen Bereich der Achillessehne und dem gesamten Rückfussbereich sowie über dem ventralen OSG. Mittel- und Vorfuss seien unauffällig. Die Sensibilität sei allseits intakt, es bestehe auch eine intakte Spitzfussdiskriminierung sowie eine intakte Motorik. Die OSG-Beweglichkeit sei stark eingeschränkt und schmerzhaft, ebenso bestehe eine eingeschränkte und schmerzhaft bewegliche des USG. Sodann wurde ausgeführt, die Patientin leide an unklaren persistierenden Rückfussbeschwerden rechts bei Status nach im Januar 2007 erlittener und osteosynthetisch versorgter lateraler Malleolarfraktur. Bei Verdacht auf Morbus Sudeck sei bereits eine Therapie mit Analgetika und Miacalcic durchgeführt worden. Dadurch sei es jedoch zu keiner Besserung der Beschwerden gekommen. Auch heute könne anhand der klinischen Untersuchung ein Morbus Sudeck nicht ausgeschlossen werden, auch wenn das klinische Bild dafür eher untypisch sei. Sicherlich verbiete es sich, in der aktuellen Situation eine Operationsindikation zu stellen. Als weitergehende Massnahme werde eine Dreiphasenskelettszintigraphie durchgeführt (Urk. 8/12 S. 68 f.).

Die Rheumatologen der Klinik A.____ berichteten am 5. Dezember 2007, es bestehe ein hinkendes Gangbild an zwei Gehstücken. Im Seitenvergleich sei keine Überwärmung festzustellen. Es bestehe eine leichte Schwellung bei reizloser Narbe im normalen postoperativen Rahmen und eine diskrete livide Verfärbung des Rückfusses. Sodann seien Druckdolenzen im Rückfussbereich sowie im gesamten OSG vorhanden. Der Mittel- und Vorfuss sei unauffällig mit intakten Pulsen. Die

Sensibilität und die Motorik seien regelrecht. Es bestehe ausserdem eine stark schmerzhaft eingeschränkte OSG-Beweglichkeit. Weiter wurde berichtet, die bereits von den Fusschirurgen veranlasste Skelettszintigraphie sei von der Patientin bisher nicht durchgeführt worden und der entsprechende Termin sei unklar. Es werde somit eine erneute Dreiphasenskelettszintigraphie veranlasst. Ebenfalls veranlasst werde eine laborchemische Bestimmung der Entzündungsparameter bei einer Ruheschmerzkomponente. Die Ergebnisse dieser Untersuchung würden in Zusammenhang mit den bisherigen Röntgenbildern bei der nächsten Untersuchung ausgewertet. Die Patientin sei über die voraussichtliche Durchführung einer OSG-Infiltration informiert worden. Die Patientin sei ausserdem angehalten worden, auf die Gehhilfen zu verzichten und auf ein symmetrisches Gangbild zu achten (Urk. 8/12 S. 52 f.).

Am 14. Dezember 2007 berichteten die behandelnden Fachärzte, die Patientin sei erneut an einem Stock humpelnd erschienen, habe aber sonst einen sehr glücklichen und ausgelassenen Eindruck hinterlassen. Sie habe angegeben, der Schmerz sei anhaltend stark geblieben. Die am 11. Dezember 2007 durchgeführte Skelettszintigraphie habe einen Befund des posterioren talocalcarearen Gelenkes gezeigt, welcher mit einer leicht aktivierten Arthrose vereinbar sei. Im Bereich des rechten Malleolus lateralis sei kein pathologischer fokal vermehrter Knochenumbau zu finden. Eindeutige Hinweise für eine Algodystrophie des rechten Fusses seien keine gefunden worden. Es bestehe eine leichte links konvexe Skoliosehaltung der Wirbelsäule ohne Nachweis einer Hyperämie oder eines pathologisch vermehrten Knochenumbaus. Weiter wurde im Bericht vom 14. Dezember 2007 festgehalten, dass die Patientin erneut ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht worden sei, dass sie die Stütze weglassen und auf ein symmetrisches Gangbild achten solle (Urk. 8/12 S. 54 f.).

Im Bericht der Abteilung Rheumatologie der Klinik A.____ vom 23. Januar 2008 wurde ausgeführt, weiterhin beziehungsweise zunehmend zeige sich eine massive schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk rechts. Radiologisch würden sich regelrechte Gelenkverhältnisse zeigen und die über Kontrastierung dokumentierte intraartikuläre Applikation von Bupivacain und Triamcort habe im Sinne einer Testinfiltration nicht zu einer Schmerzreduktion geführt. Hinweise auf eine Algodystrophie hätten sich radiologisch ebenfalls nicht gezeigt. Somit müsse eine extraartikuläre Problematik mit capsulärer Retraction vermutet werden. Da skelettszintigraphisch Veränderungen im posterioren talocalcarearen Gelenk gesehen worden seien, werde zur Vervollständigung der Diagnostik eine Infiltration des dorsalen unteren Sprunggelenks vorgesehen. Gleichzeitig werde ein stationärer Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik C.____ zur Verbesserung der Beweglichkeit des unteren und oberen Sprunggelenks rechts empfohlen (Urk. 8/12 S. 66 f.).

3.1.3 Im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik C.____ vom 22. Juli 2008 wurde ausgeführt, 18 Monate nach einer osteosynthetisch versorgten Weber-B-Fraktur rechts mit im Verlauf aufgetretener Kapselfibrose des OSG würden bei der Beschwerdeführerin Schmerzen im rechten OSG mit stark eingeschränkter Beweglichkeit persistieren. Im Status sei die Temperatur im OSG-Bereich leicht unterhalb. Bei Berührung der Narbe lateral und des Malleolus rechts würden elektrisierende Schmerzen auftreten. An der Fusssohle seien deutliche Schonungszeichen gegenüber der Gegenseite vorhanden. Im übrigen zeigten sich keine dystrophieähnlichen Merkmale. Der Beschwerdeführerin seien Silikon-Pflaster zum

Abdecken des Narbenbereichs am lateralen Malleolus abgegeben worden, welche jedoch keine deutliche Schmerzlinderung gebracht hätten. Ebenso seien orthopädische Schuhe angepasst worden. Zur weiteren Beurteilung seien erneut konventionelle Röntgenbilder angefertigt worden, wobei sich eine fussgelenksnahe Osteoponie um das OSG rechts gezeigt habe. Die Fraktur selbst sei nicht mehr zu erkennen und sei gut konsolidiert. Es würden sich symmetrische anatomische Stellungsverhältnisse finden lassen. Insgesamt seien die Befunde als eine leichte beginnende dorso-laterale USG-Arthrose zu interpretieren. Desweiteren sei die Patientin in einem orthopädischen Konsilium beurteilt worden. Dabei sei der Verdacht auf eine Syndesmosen-Insuffizienz gestellt worden. Die gesamte Symptomatik könne aber auch dann nicht erklärt werden, wenn eine solche vorliege. Primär sei von einer Kapselfibrose ausgegangen worden. In einem zusätzlich durchgeführten MRI des rechten Rückfusses seien die Sehnenlogen unauffällig ohne vermehrte Flüssigkeitseinlagerungen dargestellt worden. Insgesamt sei eine regelrechte Stellung im OSG ohne Gelenkerguss beschrieben worden, weshalb auch keine Syndesmosen-Insuffizienz vorliege. Ausgeprägte präarthrotische Veränderungen hätten nicht gefunden werden können. Auch habe sich keine verdickte Gelenkkapsel des OSG im Sinne einer Kapselfibrose finden lassen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter wurde festgehalten, insgesamt könne die Schmerzproblematik der Patientin bei den im MRI beschriebenen wenig ausgeprägten Befunden nur ansatzweise erklärt werden. Die persistierende Beweglichkeitseinschränkung im OSG könne eigentlich nur mit einem durchgemachten CRPS erklärt werden. Leider gebe es bei permanentem Entlasten des Fusses bei Gang mit einem Stock wenig Hoffnung, dass sich dieses substantiell verbessern würde. Unter Physiotherapie mit Gehtraining seien verstärkte lumbale Rückenschmerzen aufgetreten. Radiologisch hätten sich insgesamt leichte beginnende degenerative Veränderungen im mittleren Bereich der LWS gezeigt. Die Schmerzen seien am ehesten im Rahmen einer Überbelastung mit Fehlhaltung bei Gang an einem Unterarmgehstock und stark hinkendem Gangbild zu interpretieren. Weitere Abklärungen seien in dieser Hinsicht nicht notwendig.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusätzlich sei die Beschwerdeführerin psychosomatisch abgeklärt worden. Dabei seien bis auf eine übermässige Angst vor Spital und Arzt in Form einer phobischen Störung und verstärkter Nervosität keine psychischen Symptome für eine psychische Störung von Krankheitswert diagnostiziert worden. Insgesamt könne im Rahmen der familiären Situation von einer starken psychosozialen Belastungssituation ausgegangen werden (Urk. 8/12 S. 13 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit wurde im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik C.____ festgehalten, dass der Beschwerdeführerin eine berufliche Tätigkeit als Reinigungskraft, da es sich um eine ausschliesslich stehende und gehende Tätigkeit handle, nicht mehr zumutbar sei. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, welche vorwiegend sitzend zu verrichtend sind, seien ihr jedoch ganztags zumutbar (Urk. 8/12 S. 13).

3.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf die Beurteilung der an der Rehabilitationsklinik C.____ tätigen Fachärzte stellte der Unfallversicherer seine Taggeldleistungen mit Verfügung vom 9. September 2008 per 1. November 2008 ein (Urk. 8/12 S. 9 f.). In der Folge attestierte Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, der Versicherten ab 1. November 2008 eine volle Arbeitsfähigkeit für eine wechselbelastende, vorwiegend sitzend ausübende leichte Tätigkeit (Urk. 8/12 S. 7).

3.3. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung sind weitere medizinische Abklärungen im vorliegenden Fall nicht notwendig. Die behandelnden Ärzte hielten übereinstimmend dafür, dass der Beschwerdeführerin wechselbelastende, vorwiegend sitzend ausübende Tätigkeiten ganztags zumutbar seien. Wenn die Beschwerdeführerin dagegen hält, dass die Rheumatologen der Klinik A. ihr am 7. Februar 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten, übersieht sie, dass sich die Bescheinigung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auf die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft bezieht, welche ausschliesslich stehend und gehend zu verrichten ist (Urk. 3 [= 8/12 S. 49 = 15/1 S. 1]). Was die von der Beschwerdeführerin geklagten Rückenschmerzen betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass diese von den Fachärzten der Rehabilitationsklinik C. hinreichend abgeklärt und bei der Zumutbarkeitsbeurteilung auch berücksichtigt worden sind. Anhaltspunkte dafür, dass Abklärungen aufgrund von Kausalitätsüberlegungen im Zusammenhang mit der Leistungspflicht der Unfallversicherung unterblieben wären, wie dies von der Beschwerdeführerin vorgebracht wird, bestehen nicht; indem die Schmerzen im Rahmen einer Überbelastung mit Fehlhaltung bei Gang an einem Unterarmgehstock und stark hinkendem Gangbild interpretiert worden sind, wurden die Rückenbeschwerden von den beurteilenden Ärzten im Gegenteil in einen Zusammenhang mit dem versicherten Unfallereignis gebracht. Die in der Rehabilitationsklinik C. durchgeführten Untersuchungen zeigten allerdings bloss beginnende leichte degenerative Veränderungen im mittleren Bereich der Lendenwirbelsäule (Urk. 8/12 S. 14), welche nicht geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit in einer leichten, vorwiegend im Sitzen ausübenden Tätigkeit zu beeinträchtigen. Dies entspricht im übrigen auch der Einschätzung der Hausärztin der Versicherten, welche ab dem 1. November 2008 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte, vorwiegend sitzend zu verrichtende Tätigkeiten attestierte (Urk. 8/12 S. 7).

4. Soweit die Beschwerdeführerin mit dem Hinweis darauf, sie benötige zur Fortbewegung noch immer Gehstäcke, eine Arbeitsfähigkeit in Frage stellt, ist ihr Einwand nicht stichhaltig. Sie wurde von den Ärzten der Klinik A. bereits im Dezember 2007 mehrmals angehalten, auf die Gehhilfen zu verzichten (Urk. 8/12 S. 53 und 54). Auch in der Rehabilitationsklinik C. wurde sie eindringlich darauf hingewiesen, dass aufgrund der Befunde eine fehlende Belastbarkeit des rechten Fusses nicht erklärt werden könne, und dass die stockfreie Gehstrecke mit einem täglichen selbständigen Training zu erhalten sei (Urk. 8/12 S. 14). Entsprechend stellt der Umstand, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigener Darstellung auch heute noch an Gehstäcken geht, eine aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht zu beachtende Selbstlimitierung dar. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass eine Einschränkung der Gehfähigkeit die Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden Tätigkeit nicht merklich zu beeinträchtigen vermag.

5. Fehlt es sodann an dem Vorbringen, die Restarbeitsfähigkeit hätte gestützt auf eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) festgelegt werden müssen. Nach den knappen Ausführungen im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik C. konnte das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung nur zum Teil erklärt werden und es bestand eine Tendenz zur Selbstlimitierung (Urk. 8/12 S. 13). In solchen Fällen ergibt eine EFL

von vornherein keine validen Resultate. Im Ã¼brigen konnten die beteiligten FachÃ¤rzte die LeistungsfÃ¤higkeit der BeschwerdefÃ¼hrerin zuverlÃ¤ssig einschÃ¤tzen. Entsprechend ist nicht zu sehen, weshalb in dieser Hinsicht weitere AbklÃ¤rungen hÃ¤tten vorgenommen werden mÃ¼ssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juli 2010 in Sachen S., 8C_299/2010, Erw. 4.1).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Da sich die Befunde seit Abschluss der Behandlung im Spital Z.____ im August 2007 nur unwesentlich verÃ¤nderten und der BeschwerdefÃ¼hrerin eine sitzende TÃ¤tigkeit bereits damals ganztags zumutbar war (Urk. 8/17), steht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der Ã¼berwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der BeschwerdefÃ¼hrerin seit August 2007 eine behinderungsangepasste TÃ¤tigkeit ganztags mit einem Pensum von 100 % zumutbar ist.

E. 4

4.1 Ã Ã Ã Ã Da auch unter der Annahme, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin ohne Gesundheitsschaden zu 100 % erwerbstÃ¤tig wÃ¤re, ein rentenausschliessender InvaliditÃ¤tsgrad resultierte, kann die Statusfrage offenbleiben.

4.2 Ã Ã Ã Ã Bei erwerbstÃ¤tigen Versicherten ist der InvaliditÃ¤tsgrad gemÃ¤ss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der InvaliditÃ¤t und nach DurchfÃ¼hrung der medizinischen Behandlung und allfÃ¤lliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare TÃ¤tigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kÃ¶nnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen kÃ¶nnte, wenn sie nicht invalid geworden wÃ¤re (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmÃ¤ssig mÃ¶glichst genau ermittelt und einander gegenÃ¼bergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der InvaliditÃ¤tsgrad bestimmen lÃ¤sst (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

4.3 Ã Ã Ã Ã GemÃ¤ss Angabe der Arbeitgeberin wÃ¼rde die BeschwerdefÃ¼hrerin mit ihrer angestammten TÃ¤tigkeit als Mitarbeiterin im Bereich BÃ¼roreinigung im Jahr 2008 einen Bruttostundenlohn (inkl. Anteil am 13. Monatslohn) von Fr. 23.06 erzielen. Bei einer Jahresarbeitszeit von 2'016 Stunden (48 x 42 Stunden) ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 46'489.--, was nur wenig unter dem Medianwert der LÃ¶hne fÃ¼r weibliche ArbeitskrÃ¤fte an ArbeitsplÃ¤tzen des niedrigsten Anforderungsniveaus der Branche "Sonstige Ã¶ffentliche und persÃ¶nliche Dienstleistungen" liegt (vgl. Tabelle T1 der LSE 2008, S. 23). Damit betrÃ¤gt das dem Einkommensvergleich zugrundezulegende Valideneinkommen Fr. 46'489.--.

E. 4.4

4.4.1 Ã Ã FÃ¼r die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primÃ¤r von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsÃ¤chlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue ErwerbstÃ¤tigkeit aufgenommen hat, so kÃ¶nnen nach der Rechtsprechung TabellenlÃ¶hne gemÃ¤ss den vom Bundesamt fÃ¼r Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f.

Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

4.4.2 Vorliegend ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens ein Tabellenlohn heranzuziehen. Auf dem hypothetischen, als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Juli 2006, I 186/05, Erw. 2.3) finden sich genügend adaptierte, dem Zumutbarkeitsprofil entsprechende Tätigkeiten, welche der Beschwerdeführerin trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten offen stehen. Daher ist vom nicht nach Branchen differenzierten standardisierten monatlichen Bruttolohn (inklusive 13. Monatslohn, basierend auf einer wörtlichen Arbeitszeit von 40 Stunden) für weibliche Arbeitskräfte an Arbeitsplätzen des niedrigsten Anforderungsniveaus (Kategorie 4) von Fr. 4'198.-- auszugehen (Tabelle T1 der LSE 2008, S. 23). Aufgerechnet auf die durchschnittliche betriebliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahr 2008 (Die Volkswirtschaft 10-2010 S. 94 Tabelle B9.2), ergibt dies ein Bruttoeinkommen von Fr. 52'391.--.

Da der Beschwerdeführerin als gesundheitlich beeinträchtigt Person nur ein beschränktes Tätigkeitsspektrum offensteht, ist für die noch junge Versicherte ein leidensbedingter Abzug von 15 % vorzunehmen; ein höherer Abzug erscheint nicht gerechtfertigt, da sich die übrigen Merkmale, namentlich die fehlenden Kenntnisse der Landessprache an Arbeitsplätzen des niedrigsten Anforderungsniveaus nur unwesentlich auswirken.

Bei einem solchermassen festgelegten Invalideneinkommen von Fr. 44'532.-- (Fr. 52'391.-- ./ 15 %) resultiert im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 46'489.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 1'957.--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 4 % entspricht (zur Rundung: BGE 130 V 121 Erw. 3.2). Damit ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- 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. 800.-- 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)

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.