

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00597 vom 22. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00597

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00597 du 22 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00597 del 22 agosto 2011

Erwägungen

E. 3

Verdacht auf Hyperventilation

E. 4

Psychosoziale Belastungssituation

- Arbeitslosigkeit, Arbeitslosigkeit des Ehemannes, chronifizierendes Krankheitsbild

E. 5

Adipositas BMI 35 kg/m²

E. 6

Arterielle Hypertonie

3.1.2 Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, stellte in seinem Gutachten vom 3. Dezember 2007 (Urk. 8/17/7-17) zuhanden des Krankentaggeldversicherers als Diagnosen (Urk. 8/17/16) ein chronifiziertes Schmerzbild mit/bei Schlafstörungen, Schwindelbeschwerden, ein fehlendes organisches Substrat, Verdacht auf somatoforme Störung, eine Fehllhaltung der Wirbelsäule bei ausgeprägter Haltungsinsuffizienz und ein Verdacht auf generelle Dekonditionierung sowie Adipositas (BMI 34.6 kg/m²). Betreffend die Arbeitsunfähigkeit könne in Anbetracht der beschriebenen Diskrepanzen und Selbstlimitierungen nicht auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt werden; die Beurteilung müsse somit medizinisch-theoretisch auf Grund der objektivierbaren Befunde geschehen. In diesem Zusammenhang relevant seien ausschliesslich die muskulären Defizite (Haltungsinsuffizienz) sowie die generelle Dekonditionierung bei Adipositas. Diese würden wohl Probleme bei körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten zu bieten vermögen. Andererseits sei aus rheumatologischer Sicht der Beschwerdeführerin jede andere Tätigkeit vollzeitig zumutbar (Urk. 8/17/17).

3.1.3 Dr. B.____ überwies die Beschwerdeführerin anfangs 2008 an Dr. F.____ und berichtete ihm am 21. Januar 2008 (Urk. 8/35/15), er habe der Beschwerdeführerin zu verstehen gegeben, dass er nicht weiter gewillt sei, sie als Hausarzt in Bezug auf ihre psychiatrisch-rheumatologische Erkrankung zu betreuen, da ihre Auffassungen über Ursache und ein mögliches Behandlungskonzept zu weit auseinander klafften. Seit der Kündigung sei sie immer depressiver geworden und habe ein breit gestreutes somatoformes rheumatologisches Beschwerdebild entwickelt, auf das sie mit immer mehr Rückzug und Passivität reagiere. Trotz seinen intensiven Bemühungen sei es ihm nicht gelungen, diese Entwicklung zu bremsen oder gar vollständig aufzuhalten.

3.1.4. Im Bericht vom 21. Juli 2008 (Urk. 8/35/7/16) stellte Dr. F. ___ als Diagnose ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links bei Fehlform der Wirbelsäule, einer leichtgradigen degenerativen Veränderung der LWS, einem myofaszialen Schmerzsyndrom und psychosozialen Belastungsfaktoren (wahrscheinlich). Die Beschwerdeführerin sei für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht 100 % arbeitsfähig (vgl. auch Urk. 8/17/28 und Urk. 8/35/9).

3.1.5. Dr. C. ___ behandelte die Beschwerdeführerin seit Ende 2007 und hielt in ihrem Bericht vom 17. März 2008 (Urk. 8/20) fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe (Urk. 8/20/4). Unter psychiatrische Diagnose gab sie an (Urk. 8/20/9), die Jahre lang anhaltende ängstliche, depressive Stimmung beziehungsweise Entwicklung lasse sich am ehesten der Dysthymia zuordnen (ICD-10: F34.1); die beträchtliche Verschlechterung der Angst und agitierte Depressivität würden die weitere diagnostische Kategorie von anhaltendem mittelgradigen depressiven Zustand (ICD-10: F 32.1) benützen. Als Beurteilung gab die Psychiaterin an, sie denke, dass eine deutliche Beeinträchtigung der physischen Leistungsfähigkeit durch das somatische Leiden vorliege und dass die Arbeit in der angestammten Tätigkeit in einem Hotelbetrieb oder Altersheim nicht zumutbar sei. Bestenfalls sei die Beschwerdeführerin als 50 % arbeitsfähig für eine leichte Arbeit zu beurteilen. Sie (Dr. C. ___) hege aber Zweifel, ob sogar dieses reduzierte Pensum realisierbar sei (Urk. 8/20/9).

3.1.6. Dr. D. ___, behandelnder Hausarzt seit Anfang 2008, gab in seinem Bericht vom 26. April 2008 (Urk. 8/21) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Syndrom bei Diskushernie, ein cervikobrachiales Syndrom und eine mittelschwere bis schwere depressive Verstimmung (Urk. 8/21/2) an. In der bisherigen Berufstätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Zu einer behinderungsangepassten Tätigkeit machte Dr. D. ___ keine Angaben (Urk. 8/21/6).

3.1.7. Im Bericht vom 26. Mai 2008 (Urk. 8/24) zuhanden der Beschwerdegegnerin führte Dr. E. ___ (seit Mai 2008 physikalische Therapeutin) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes und rezidivierendes lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links bei Diskushernie L5/S1, ein chronisches Cervikovertebralsyndrom, eine Fingerpolyarthrose, eine arterielle Hypertonie sowie eine schwere depressive Entwicklung (Urk. 8/24/2) auf. Die Ärztin gab eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit an (Urk. 8/24/6).

Im Bericht vom 3. Juni 2008 (Urk. 8/25 = Urk. 3/6) zuhanden des Krankentaggeldversicherers wiederholte Dr. E. ___ ihre Diagnosen und hielt fest, dass in Anbetracht der gesamten Situation die Beschwerdeführerin 100 % arbeitsunfähig und im freien Wirtschaftsmarkt nicht vermittlungsfähig sei.

3.1.8. Gemäss Bericht des M. ___ Zentrums vom 2. Juli 2008 (Urk. 8/33/2-4) war die Beschwerdeführerin dort zu drei Vorgesprächen gewesen. Als Diagnosen stellten Dr. med. K. ___, Facharzt für Psychotherapie und Psychiatrie FMH, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4), Adipositas (ICD-10: E 66, BMI=30), eine Hypertonie, ein panvertebrales Syndrom, kleine subligamentäre mediane Diskushernie C5/6, keine Myelopathie, keine radikuläre Kompression (Urk. 8/33/2). Suizidideen seien anamnestisch vorhanden, jedoch keine Suizidversuche, keine akute Suizidalität. Der Beschwerdeführerin sei ein Aufnahmetermin angeboten worden, um mit ihrer 8-Wochen-Rehabilitationsbehandlung zu

beginnen. Realistische Ziele der Behandlung seien Reduktion der depressiven Symptome und ein funktionaler Umgang mit den Schmerzen (Urk. 8/33/4).

3.2.2 Die Beschwerdeführerin veranlasste ein polydisziplinäres Gutachten beim H. ____, welches am 13. August 2009 erstattet wurde (Urk. 8/38).

Im psychiatrischen Teil des Gutachtens (Urk. 8/38/10-16) gab Dr. med. L. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.0/F 32.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) an (Urk. 8/38/13). Das Ausmass der Schmerzen und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, liessen sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren seien deutlich ausgeprägt und drückten sich durch den dadurch hervorgerufenen unangenehmen Affekt im Sinn der Abwehr auch in den Schmerzen aus. Die psychosozialen Belastungen nach der Arbeitsniederlegung hätten ausserdem auch zu depressiven Verstimmungen geführt. Diagnostisch bestehe derzeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit depressiven Verstimmungen, Antriebsstörung, erhöhter Ermüdbarkeit, Reizempfindlichkeit und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen mit vor allem unterbrochenem Schlaf und Morgentiefs. Im Untersuchungsgespräch wirke die Beschwerdeführerin deutlich dramatisierend, und es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Eine schwere psychische Störung liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei nicht suizidal und leide nicht unter schweren Konzentrationsstörungen. Hinweise auf unbewusste Konflikte seien nicht vorhanden, und ein primärer Krankheitsgewinn sei somit nicht gegeben. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht schwer gestört. Daher könne es ihr trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, in einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 70 % zu arbeiten (Urk. 8/38/14). In Auseinandersetzung zur früheren ärztlichen Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. C. ____, wird ausgeführt, aus psychiatrischer Sicht lasse sich nicht begründen, warum der Beschwerdeführerin eine einfache, ihren körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit mit Möglichkeit zu vermehrten Pausen nicht zugemutet werden könne. Eine Arbeit würde ihr auch zu einem besseren Selbstwert und einer gesunden Abgrenzung gegenüber dem Ehemann führen. Unter Berücksichtigung der versicherungsmedizinischen Kriterien zu Einschätzung der psychischen Ressourcen könne ihr die notwendige Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen zugemutet werden. Die Beschwerdeführerin leide nicht unter einer schweren chronischen somatischen Erkrankung. Einfache Tätigkeiten seien ihr durchaus zumutbar. Es bestehe ein deutlicher sozialer Rückzug, innerhalb der Familie aber habe sie durchaus Kontakte. Möglicherweise sei zum Zeitpunkt der Beurteilung durch Dr. C. ____, die depressive Episode mittelgradig ausgeprägt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei aber heute nur einmal im Monat in Behandlung und das verordnete Antidepressivum sei niedrig dosiert, der Medikamentenspiegel liege unter dem therapeutischen Bereich, was alles eher auf eine leichte depressive Episode hinweise. Auch bei der heutigen Untersuchung seien die ICD-Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode nicht hinreichend erfüllt gewesen. Die therapeutischen Möglichkeiten seien

prinzipiell nicht ausgeschöpft, und es bestanden psychosoziale Belastungen und ein sekundärer Krankheitsgewinn. Dies sei möglicherweise von Dr. C. ___ bei ihrer Beurteilung zu wenig berücksichtigt worden (Urk. 8/38/15-16).

Im rheumatologischen Teil des Gutachtens (Urk. 8/38/16-21) führte Dr. med. M. ___, FMH Rheumatologie, unter Diagnosen Folgendes auf (Urk. 8/38/18 f.):

1. Chronisches zervikospondylogenes und zervikozepales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.1)

- kleine mediane Diskushernie C5/6 (MRI 06/08) ohne klinische oder radiomorphologische Hinweise für eine neurologische Komplikation

2. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.4)

- Schmerzausstrahlung in das linke Bein ohne klinische Zeichen einer Radikulopathie

- Hyperlordose der LWS

- leichte bis mässige degenerative Diskopathien, vorwiegend L4/5 und L5/S1 (MRI 03/08) ohne klinische oder radiomorphologische Hinweise für eine neurologische Komplikation

3. Heberden- und Bouchardarthrosen (ICD-10: M15.1/M15.2)

4. Enthesopathie der Achillessehne links (ICD-10: M76.6)

Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung seien nicht mehr zumutbar. Für Tätigkeiten mit mittelstarker Rückenbelastung sowie mittelstarker Belastung beider Hände liege die Einschränkung um 70 %. Für eine geeignete Tätigkeit mit nur leichter körperlicher Belastung, leichter Rückenbelastung und leichter Belastung der Hände, Möglichkeit zu Wechselpositionen sowie ohne monoton-repetitive Haltungen und Bewegungen und ohne gehäufte Überkopfarbeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Als Hausfrau mit teilweise mittelstarker und selten starker Rückenbelastung, jedoch Möglichkeit zu Pausen und zu selbständigem Einteilen des Pensums, liege eine Arbeitsunfähigkeit zu 10-20 % vor (Urk. 8/38/20).

In der Gesamtbeurteilung, welche auf einer Konsensbesprechung beruhte (Urk. 8/38/21 Ziff. 6), hielten die Gutachter fest, dass insgesamt aus polydisziplinärer Sicht eine 70%ige Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten festgestellt werden könne. Die rheumatologischen und die psychiatrischen Einschränkungen könnten nicht addiert werden, da die Beschwerdeführerin dieselben Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung nutzen könne. Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung seien der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeit gingen sie davon aus, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit dem 29. Januar 2007 angenommen werden könne (Urk. 8/38/22).

Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des N. ___ Instituts vom 13. November 2009 (Urk. 3/4) über eine Magnetresonanztomographie des rechten Knies transversal, koronar, sagittal nativ und

nach intravenöser Kontrastmittelgabe ein (Urk. 3/4). Als Befunde werden ein vertikal radiär verlaufender Riss im Hinterhorn des medialen Meniscus, überlastungsbedingtes/stressbedingtes subchondrales Knochenmarködem sowie bis ins mittlere Drittel reichende chondrale Fissuren im Bereich der mittleren und medialen retropatellaren Gelenkfläche entsprechend einer Chondromalazie Grad III, Gelenkerguss, eine Bakerzyste und Bursitis anserina sowie infrapatellare Bursitis subcutanea genannt bei intakten Kreuz-, Seitenbändern und Muskelsehnen.

Im Bericht vom 9. März 2010 (Urk. 3/7) teilte Dr. E. der Krankentaggeldversicherung mit (vgl. Urk. 8/24/2), zurzeit ständen die Cervicalgien/Cervikobrachialgien sowie die chronifizierte Knieschmerzen rechts im Vordergrund, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zusätzlich einschränkten. Wegen der depressiven Entwicklung stehe sie in psychiatrischer Behandlung und nehme Antidepressiva ein. In Anbetracht der gesamten rheumatologischen Situation sowie des psychischen Status der Beschwerdeführerin sei eine volle Invalidität sicherlich angebracht.

Aus dem Bericht des M. Zentrums vom 11. April 2011 (Urk. 11) geht hervor, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin seit November 2010 im Rahmen einer Mamma-Tumor-Diagnose deutlich verschlechtert habe. Am 17. November 2010 sei eine Operation und anschliessend vom 5. Januar bis 16. Februar 2011 eine Radiotherapie durchgeführt worden. Die Diagnose Tumor sei schwerwiegend und habe zu einer deutlichen Verschlechterung des Zustands der Beschwerdeführerin geführt. Die Ärzte gaben zudem ständiges Weinen sowie eine deutliche Zunahme der Depression trotz medikamentöser Behandlung an. Die Beschwerdeführerin könne in diesem Zustand nicht arbeiten, sie könne sich knapp über den Tag retten und habe dauernd Schmerzen.

4.

4.1 Vorab ist grundsätzlich festzuhalten, dass das Gericht in zeitlicher Hinsicht den Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des gerichtlich angefochtenen Verwaltungsaktes überprüft. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sollen in der Regel Gegenstand einer neuen Verfügung sein. Nach Verfügungserlass erstellte ärztliche Berichte sind zu berücksichtigen, soweit sie sich zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit bis zu diesem Zeitpunkt äussern oder diesbezügliche Rückschlüsse zulassen, die geeignet sind, die Beurteilung zu beeinflussen (vgl. Urteile 9C_617/2009 vom 15. Januar 2010 E. 2.4.4 und 9C_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1).

Soweit mit den mit Beschwerde eingereichten Berichten in Zusammenhang mit der Mamma-Tumor-Diagnose im November 2010 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht wird, so betrifft dies einen Zeitraum nach Erlass der angefochtenen Verfügung (28. Mai 2010) und ist die Beschwerdeführerin daher auf die Revision zu verweisen. Der neue Bericht des M. Zentrums vom 11. April 2011 (Urk. 11) lässt keine Schlüsse auf den Gesundheitszustand vor Erlass der angefochtenen Verfügung zu. Was die neu erhobenen, bildgebenden Befunde im rechten Knie anbelangt (Urk. 3/4), so kann ohne weitere Abklärung davon ausgegangen werden, dass die dadurch allenfalls zu gewärtigenden Leistungseinschränkungen die im H.-Gutachten bereits aufgrund der klinischen Untersuchungen berücksichtigten Einbussen bzw. Anforderungen an eine neue

Tätigkeit nicht wesentlich zu beeinflussen vermögen (vgl. E. 4.2).

4.2.2 Bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. Mai 2010 (Urk. 2) wurde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl psychiatrisch als auch rheumatologisch umfassend begutachtet. Das auf ausführlichen medizinischen Abklärungen und den anamnestisch erhobenen Befunden gründende interdisziplinäre H.____-Gutachten vom 13. August 2009 (Urk. 8/38) erfüllt die von der Rechtsprechung an den Beweiswert einer ärztlichen Beurteilung gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.4). Das Gutachten ist gut nachvollziehbar, schlüssig und nimmt auch begründet Stellung (vgl. Urk. 8/38/15, (Urk. 8/38/20, Urk. 8/38/23) zu den anderen Arztberichten sowie den abweichenden Einschätzungen von Dr. C.____ (Urk. 8/20), von Dr. E.____ vom 3. Juni 2008 (Urk. 8/25 = Urk. 3/6) und von Dr. B.____ vom 17. Februar 2008 (Urk. 8/17). Zu Recht wies Dr. L.____ im H.____-Gutachten darauf hin (Urk. 8/38/15), dass Dr. C.____ aufgrund einer anhaltenden mittelgradigen depressiven Episode gleich von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit ausgehe (vgl. Urk. 8/20/9), ohne weitere Angaben zu machen. Weshalb die von ihr diagnostizierten depressiven Störungen durch zumutbare Willensanstrengung nicht überwindbar waren, legte die Psychiaterin in ihrem Bericht ebenfalls nicht dar. Ihr Bericht vom 17. März 2008 (Urk. 8/20) genügt damit nicht, eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nachzuweisen. Die Berichte von Dr. E.____ vom 26. Mai 2008 (Urk. 8/24) und vom 3. Juni 2008 (Urk. 8/25 = Urk. 3/6) enthalten ebenfalls widersprüchliche Angaben. Einerseits stellte die behandelnde Ärztin aufgrund der rheumatologischen Befunde eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (Urk. 8/24/6) fest, andererseits gab sie eine Woche später im Bericht vom 3. Juni 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit an. Dem kann nicht gefolgt werden. Im Rahmen der Selbsteingliederungspflicht ist eine Willensanstrengung der Beschwerdeführerin zur Überwindung der vom Arzt angegebene Schmerzstörungen zumutbar (vgl. BGE 131 V 50 f. E. 1.2; BGE 130 V 354 f. E. 2.2.3). Im Gutachten von Dr. G.____ vom 3. Dezember 2007 (Urk. 8/17/7-17) wurde - entgegen dem Standpunkt der Beschwerdeführerin - die Diagnose einer Fibromyalgie nicht bestätigt, sondern nur die Beurteilung des Hausarztes Dr. B.____ diesbezüglich erwähnt (vgl. Urk. 8/17/8 und Urk. 8/17/15). Als relevant betrachtete Dr. G.____ ausschliesslich die muskulären Defizite (Haltungsinsuffizienz) sowie die generelle Dekonditionierung bei Adipositas. Er stellte aus rheumatologischer Sicht dabei fest, dass der Beschwerdeführerin jede behinderungsangepasste Tätigkeit vollzeitig zumutbar sei (Urk. 8/17/17). Aus dem H.____-Gutachten (Urk. 8/38/12, 14 und 15) sowie weiteren Berichten (Urk. 8/17/3, Urk. 8/35/15) geht zudem hervor, dass die Situation der Beschwerdeführerin nicht unwesentlich durch psychosoziale - und damit versicherungsrechtlich unbeachtliche - Faktoren bestimmt wird.

Die von den H.____-Gutachtern gestellten Diagnosen und die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit stimmen mit den Einschätzungen von Dr. G.____ (Urk. 8/17/7-17), von Dr. B.____ (Urk. 8/35/15) und von Dr. F.____ (Urk. 8/17/28, Urk. 8/35/9, Urk. 8/35/6) überein. Die im H.____-Gutachten attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (mit den umschriebenen Anpassungen, Urk. 8/38/20 und Urk. 8/38/22) erscheint dabei plausibel. Es wurde überzeugend dargelegt, dass für eine geeignete Tätigkeit mit nur leichter körperlicher Belastung, leichter Rückenbelastung, leichter Belastung der Hände und Möglichkeit zu Wechselpositionen sowie ohne monoton-repetitive Haltungen und

Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 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 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 2009 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2010 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 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 E. 5.2).

5.2 Massgebend für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Beginns des Rentenanspruchs (vgl. BGE 129 V 222); im vorliegenden Fall ist mithin auf die Lohnstrukturerhebung 2008 abzustellen. Gemäss TA1 der LSE 2008 (S. 26) erzielten die im privaten Sektor beschäftigten Frauen in einfachen und repetitiven Tätigkeiten total im Jahr 2008 einen monatlichen Bruttolohn von Fr. 4'116.-- (Zentralwert), welcher praxisgemäss auf eine betriebsübliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden pro Woche im Jahr 2008 anzupassen ist (Die Volkswirtschaft 12-2010 Tab. 9.2 S. 90). Damit resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 51'367.68 pro Jahr (Fr. 4'116.-- x 12 : 40 x 41,6), welches bei einem 70%igen Pensum Fr. 35'957.38 beträgt.

Die Beschwerdeführerin kann nur noch körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten ausüben (E. 3.3). Diesen Einschränkungen trug die

Beschwerdegegnerin mit einem Abzug vom Tabellenlohn von 10 % grosszÄ¼tig Rechnung (Urk. 2). Obwohl mit der leistungsmÄ¼ssigen EinschrÄ¼nkung von 30 % der behinderungsbedingten Lohneinbusse umfassend Rechnung getragen wurde und TeilzeittÄ¼tigkeiten bei Frauen statistisch nicht zu einer Lohnminderung fÄ¼hren (vgl. LSE 2008, Detaillierte Daten 1998-2008, Lohnniveau nach Geschlecht und BeschÄ¼ftigungsgrad), besteht kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen. Jedenfalls liegen keine GrÄ¼nde vor, die einen hÄ¼heren Abzug rechtfertigen liessen, und solche werden von der BeschwerdefÄ¼hrerin auch nicht genannt (vgl. Urk. 1 S. 11).

ÄÄÄÄÄÄÄÄÄÄ Bei einem 10%igen Abzug ergibt sich ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 32'361.68.

ÄÄÄÄÄÄÄÄÄÄ Mit der Beschwerdegegnerin ist das Valideneinkommen ebenfalls gestÄ¼tzt auf die TabellenlÄ¼hne festzusetzen, weil die BeschwerdefÄ¼hrerin ihre letzte Stelle wegen Betriebsschliessung und damit aus wirtschaftlichen GrÄ¼nden verlor (Urk. 8/2). Aus der GegenÄ¼berstellung von Validen- und Invalideneinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 19'006.--. Dies entspricht einem InvaliditÄ¼tsgrad von 37 % ([Fr. 51'367.68 - Fr. 32'361.68] x 100 : Fr. 51'979.00).

5.3ÄÄÄÄÄÄÄÄÄÄ Demnach erfÄ¼llte die BeschwerdefÄ¼hrerin zum Zeitpunkt der angefochtenen VerfÄ¼gung die Voraussetzungen fÄ¼r eine Rente nicht. Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

6.ÄÄÄÄÄÄÄÄÄÄ GemÄ¼ss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhÄ¼ngig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung). Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen, welche gemÄ¼ss dem Ausgang des Verfahrens der BeschwerdefÄ¼hrerin aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1.ÄÄÄÄÄÄÄÄÄÄ Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.ÄÄÄÄÄÄÄÄÄÄ Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der BeschwerdefÄ¼hrerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.ÄÄÄÄÄÄÄÄÄÄ Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Bernhard Zollinger

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÄ¼rich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 10 und Urk. 11

- Bundesamt fÄ¼r Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.ÄÄÄÄÄÄÄÄÄÄ 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.