

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00696 vom 25. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00696](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00696)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00696 du 25 octobre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00696 del 25 ottobre 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die massgeblichen rechtlichen Grundlagen betreffend den Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) sowie die Bemessung des Invaliditätsgrades (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, Art. 28a IVG) sind in der angefochtenen Verfügung zutreffend wiedergegeben (Urk. 2/1 S. 1 unten). Darauf kann, mit nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode. Ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich - auch nach Inkraft-Treten des ATSG (vgl. SVR 2005 IV Nr. 21 S. 83 E. 4.2 mit Hinweis [I 249/04]) - aus der Prüfung, was die Person bei im übrigen unveränderten Umständen hätte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. Das Kriterium der Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit bezieht sich nicht auf den Gesundheits-, sondern auf den Invaliditätsfall. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV; BGE 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53 und E. 5.2 S. 54; SVR 2006 IV Nr. 42 S. 151, E. 5.1.2, I 156/04; vgl. auch BGE 125 V 146 E. 5c/bb S. 157). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Sie findet auch Anwendung, wenn der versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (BGE 133 V 504 E. 3.3 in fine; vgl. auch BGE 133 V 477 E. 6.3 S. 486). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu wärdigen. Für die hypothetische

Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts I 266/05 vom 11. April 2006 E. 4.2, vgl. auch BGE 133 V 504 E. 3.3).

1.3 Diese Grundsätze gelten auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren. Hier führen sie gegebenenfalls dazu, dass ein Rentenanspruch neu entstehen kann, nicht nur bei wesentlicher Veränderung des Gesundheitszustandes, der erwerblichen Auswirkungen (oder der Auswirkungen in Bezug auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) und bei Wandlung des Aufgabenbereichs (BGE 113 V 273 E. 1a, 105 V 29 mit Hinweisen), sondern auch dadurch, dass in dem für die Methodenwahl massgeblichen hypothetischen Sachverhalt wesentliche Änderungen eingetreten sind. Die in einem bestimmten Zeitpunkt massgebende Methode der Invaliditätsschätzung präjudiziert die künftige Rechtsstellung der versicherten Person somit nicht. Vielmehr können die alternativen Kriterien der Erwerbsunfähigkeit (Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 7 ATSG) einerseits und der Unmöglichkeit der Betätigung im nicht erwerblichen Aufgabenbereich (Art. 5 Abs. 1 und 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 3 ATSG) andererseits einander abzulösen (BGE 117 V 198 E. 3b, 113 V 273 E. 1a, 110 V 284 E. 1a, 104 V 148 E. 2 mit Hinweisen).

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

1.5 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt

(BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.6 **Ä Ä Ä Ä** War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschätzung eingetreten (Art. 87 Abs. 4 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

1.7 **Ä Ä Ä Ä** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezüglerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

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

## **E. 2**

2.1 **Ä Ä Ä Ä** Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit zu 65 % einem Erwerb nachgehen würde und zu 35 % im Haushalt tätig wäre, und dass sie eine angepasste, körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit noch im Umfang von 50 % ausüben könne. Im Haushaltbereich betrage die Einschränkung 25 % und im Erwerbsbereich resultiere, nach Gewährung eines Leidensabzugs von 10 % vom Invalideneinkommen, eine solche von 31 %, was nach der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 28.9 % ergebe (Urk. 2/1 S. 2 oben).

2.2 **Ä Ä Ä Ä** Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, die Einschätzung ihrer Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerdegegnerin stehe im Widerspruch zu den aktenkundigen ärztlichen Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit. Die Einschätzung ihrer Arbeitsfähigkeit im Haushalt bedürfe verschiedener - im einzelnen näher genannten - Korrekturen und sei gesamthaft auf 61 % zu veranschlagen (S. 5 Ziff. 6). Sofern dem nicht gefolgt werden könne, sei sie

psychiatrisch abzuklären, da sich in den medizinischen Berichten Hinweise auf ein psychisches Leiden finden (S. 4 Ziff. 5). Schliesslich rückte die Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Leidensabzug als zu tief und beantragte einen solchen von 25 %, womit insgesamt ein Invaliditätsgrad von rund 63 % resultiere (S. 6 Ziff. 7).

2.3.3 Strittig und zu präzisieren ist somit, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit und dem Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin verhält.

### E. 3

3.1.1 Massgebend für den Erlass der ersten rentenabweisenden Verfügung vom 17. August 2001 waren folgende Berichte:

3.2.1 Am 20. Februar 2001 berichtete Dr. med. Y. \_\_\_\_, Spezialarzt für Chirurgie FMH (Urk. 11/5/1-2). Als Diagnose nannte er eine mediale Meniskusläsion am Hinterhorn rechts und führte aus, bei der Beschwerdeführerin am 1. Juli 1999 eine partielle Menisektomie am rechten Knie durchgeführt zu haben (Ziff. 3, vgl. Operationsbericht, Urk. 11/5/3-4). Im Haushalt sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt. Die Prognose sei gut (Ziff. 1.1).

3.3.1 In seinem Bericht vom 3. Dezember 1999 (Urk. 11/8/5-6) nannte Dr. med. Z. \_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- patellare Chondropathie Knie rechts
- Irritation des medialen Arthroskopieportals mit Tendinitis des Ligamentum patellae
- Status nach Arthroskopie

3.3.2 Er führte aus, es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen objektivem Befund und subjektivem Erleben der Beschwerdeführerin. Immerhin sei der Knorpelschaden deutlich und eine Irritation im Bereich des Arthroskopieportales im Sinne einer Art Hoffitis werde gelegentlich nach Arthroskopien gesehen. Bei negativer Magnetresonanztomographie (MRI) sei die Indikation für eine Re-Arthroskopie nicht gegeben (S. 2).

3.3.3 In einem weiteren Schreiben vom 27. Januar 2001 führte Dr. Z. \_\_\_\_ aus, er finde in etwa den unveränderten Befund mit den starken Schmerzen trotz des nur mässigen objektiven Befundes (Urk. 11/2 unten).

3.4.1 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. A. \_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 24. Februar 2001 (Urk. 11/6/1-2). Er führte aus, die Beschwerdeführerin hinke und könne nicht mehr normal gehen wegen Schmerzen im rechten Kniegelenk bei unklarem Befund. Sie habe diverse physikalische Therapien durchgeführt ohne grossen Erfolg (Ziff. 4.1). Im Haushalt sei sie zu 100 % und in einer ausserhäuslichen Tätigkeit mit sitzender Arbeit etwa zu 50 % arbeitsfähig (Ziff. 1.1, Ziff. 1.6).

3.5.1 Am 22. Mai 2001 wurde bei der Beschwerdeführerin zu Hause eine Haushaltabklärung durchgeführt. Mit Bericht vom 13. Juni 2001 (Urk. 11/14) führte die Abklärungsperson aus, die Beschwerdeführerin wohne mit ihrem 1959 geborenen Mann sowie dem 1976 geborenen Sohn, welche alle Mahlzeiten zu Hause einnehmen würden, in einer Dreizimmerwohnung in der ersten Etage eines Mehrfamilienhauses (S. 2

f. Ziff. 4-5). Die Beschwerdeführerin habe erklärt, bis etwa 1993 zu 50 % gearbeitet zu haben, dann arbeitslos geworden zu sein und zwei Jahre lang Arbeitslosengelder bezogen zu haben. Die Stellensuche in dieser Zeit sei erfolglos verlaufen. Seit sie etwa 1995 bei der Arbeitslosenkasse ausgesteuert worden sei, habe sie sich um keine Arbeitsstelle mehr bemüht. Die Abklärungsperson vertritt gestützt darauf die Auffassung, dass die Beschwerdeführerin auch im Gesundheitsfall keine Erwerbstätigkeit ausüben würde (S. 2 Ziff. 2.5).

Die Abklärungsperson nahm folgende Gewichtung der Haushaltbereiche vor und erhob dabei folgende Einschränkungen (S. 4 f. Ziff. 6.1-7):

Aufgabe

Gewichtung

Einschränkung

Behinderung

Haushaltführung

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 0 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 0.0 %

Ernährung

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 40 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 15 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 6.0 %

Wohnungspflege

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 20 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 45 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 9.0 %

Einkauf und weitere Besorgungen

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 10 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 0 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 0.0 %

Wäsche und Kleiderpflege

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 20 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 25 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5.0 %

Betreuung von Kindern oder anderen Angehörigen

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 0 %

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 0 %

0.0 %

Verschiedenes

5 %

90 %

4.5 %

Total

100 %

24.5 %

Die Abklärungsperson hielt fest, bei den Arbeiten im Haushalt, welche die Beschwerdeführerin invaliditätsbedingt nicht mehr verrichten könne, habe sie Hilfe von ihrem Ehemann und ihrem Sohn sowie einer Kollegin aus der Nachbarschaft (S. 5 unten). Die vom Ehemann und dem Sohn bei den einzelnen Haushaltsbereichen geleistete Mithilfe erachtete die Abklärungsperson diesen durchwegs als zumutbar beziehungsweise auch als vermehrt zumutbar (S. 4 f. Ziff. 6.2-5).

Gestützt auf diese Abklärungen gelangte die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100 % im Haushalt tätig wäre, in diesem Bereich aber keine Einschränkung von mindestens 40 % erfahre, weshalb sie ihr Leistungsbegehren mit Verfügung vom 17. August 2001 abwies (Urk. 11/23).

#### E. 4

4.1 Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 14. Februar 2009 finden sich im Wesentlichen folgende Berichte bei den Akten:

4.2 Nachdem die Beschwerdeführerin anlässlich einer Kniesprechstunde in der Uniklinik B. vom 7. August 2007 über beidseitige, vorwiegend belastungsabhängige, mehr links- als rechtsseitige Knieschmerzen geklagt hatte (Urk. 7/10/12 Mitte), wurde eine diagnostisch-therapeutische Infiltration beidseits sowie eine Magnetresonanztomographie (MRI) des linken Knies (Urk. 7/10/13) veranlasst.

In seinem Bericht vom 27. September 2007 (Urk. 7/10/14-15) nannte Dr. med. C., Teamleiter Kniechirurgie, Orthopädie der Uniklinik B., als Diagnose beginnende mediale Gonarthrosen beidseits sowie einen Status nach Teilmeniskektomie rechts 1999 (S. 1 Mitte). Er führte aus, die Abklärung links habe keinen Hinweis für eine Meniskusläsion gezeigt, insofern scheine eine Arthroskopie keine Option zur Verbesserung der Situation zu sein. Zur Entlastung der medialen Kompartimente werde eine laterale Schuhrandhöhung beidseits empfohlen. Zudem bestehe die Möglichkeit einer symptomatischen Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika, sollten die rezidivierenden Schwellungszustände wieder auftreten. Bei insgesamt geringgradig fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen werde sonst aus orthopädischer Sicht keine weitere Möglichkeit einer Verbesserung gesehen, eine Operation im Sinne eines prothetischen Ersatzes komme nicht in Frage (S. 1 unten, S. 2 oben).

4.3 Am 20. Oktober 2008 berichtete Dr. med. D., FMH Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten (HNO), und nannte folgende Diagnosen:

- unklare Halsbeschwerden
- Differentialdiagnose (DD) Hyperventilationssyndrom
- Hypertonie
- Adipositas

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er fÄ¼hrte aus, die BeschwerdefÄ¼hrerin leide seit unklarer Zeit unter schlecht fassbaren Halsbeschwerden. Sie berichte Ä¼ber einen vermehrten Hustenreiz, eine vermehrte Speichelproduktion, Kurzatmigkeit und intermittierenden Stimmverlust. Eine Ursache fÄ¼r die Halsbeschwerden habe er nicht feststellen kÄ¼nnen. Um einen laryngopharyngealen Reflux vollstÄ¼ndig auszuschliessen, habe er der BeschwerdefÄ¼hrerin empfohlen, wÄ¼hrend zwei Wochen 80mg Nexium tÄ¼glich einzunehmen und dann nochmals vorstellig zu werden. Eventuell mÄ¼sse ein Asthma bronchiale noch aktiv ausgeschlossen werden (Urk. 7/10/19).

4.4Ä Ä Ä Ä Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Kardiologie und Innere Medizin, berichtete am 3. November 2008 (Urk. 7/10/20-21) und fÄ¼hrte aus, die BeschwerdefÄ¼hrerin leide unter einer langjÄ¼hrigen Hypertonie und weiter einem chronischen Reizhusten unklarer Ä¼tiologie (S. 2 oben). Er nannte folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- unklare Anstrengungsdispnoe und chronischer Husten
- DD: Anstrengungsasthma, Pathologie im Trachealbereich, koronare Herzkrankheit (KHK) eher unwahrscheinlich
- ergometrisch kein IschÄ¼mienachweis
- linksventrikulÄ¼re Auswurfraction (left ventricular ejection fraction, LVEF) erhalten, keine Klappenpathologie, grenzwertig erhÄ¼hter pulmonalarterieller Druck
- arterielle Hypertonie
- Adipositas
- anamnestisch gastroesophageal reflux disease (GERD)

4.5Ä Ä Ä Ä Am 10. Dezember 2008 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH Pneumologie, Facharzt FMH Innere Medizin (Urk. 7/10/16-17), und nannte folgende Diagnosen (S. 1 oben):

- rezidivierendes WÄ¼rgen, Erbrechen, Husten
- Adipositas, BMI 37.7 kg/m<sup>2</sup>
- arterielle Hypertonie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er fÄ¼hrte aus, das von der BeschwerdefÄ¼hrerin beklagte, seit vielen Jahren auftretende rezidivierende WÄ¼rgen bis zum Erbrechen und der chronische Husten seien wahrscheinlich vorwiegend psychogener Ä¼tiologie. Eine bronchiale Obstruktion bestehe nicht, eine bronchiale HyperreagibilitÄ¼t sei 2003 ausgeschlossen worden. FÄ¼r die Beschwerden bestehe kein sicheres Korrelat. Allenfalls wÄ¼re eine psychiatrische Exploration hilfreich (S. 2 oben).

4.6Ä Ä Ä Ä Am 11. Februar 2009 attestierte der Hausarzt der BeschwerdefÄ¼hrerin, Dr. A.\_\_\_\_, ihr eine volle ArbeitsunfÄ¼higkeit aus diversen medizinischen GrÄ¼nden, wobei im Vordergrund eine respiratorische Insuffizienz, Gonarthrose beidseits, Hypertonie,

chronischer Husten, Anstrengungsasthma sowie eine chronisch rezidivierende Gastritis sind (Urk. 7/1).

4.7. Am 28. Februar 2009 berichteten die Ärzte des Spitals G. (Urk. 7/10/6-7). Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1 oben):

- chronisch persistierende Hustenattacken mit bellendem Husten
- DD Pertussis, Stimmbandpathologie, viral, Tracheomalazie, funktionell
- Verdacht auf Thalassaemia minor
- leicht erhöhte Transaminasen
- DD Steatosis, virale Hepatitis
- Adipositas, BMI 37.7 kg/m<sup>2</sup>
- arterielle Hypertonie

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin habe sich auf dem medizinischen Notfall vorgestellt zur weiteren Abklärung und Beurteilung bei nun seit Monaten bestehendem bellendem Husten und Würgen. Hinweise für eine extrathorakale Kompression der Atemwege lägen keine vor. Aktuell sei die Ätiologie der geschilderten Symptomatik nicht hinreichend geklärt (S. 2 Mitte).

4.8. Dr. med. H., Stellvertretender Leitender Arzt, Spital G., berichtete am 20. März 2009 (Urk. 7/10/8-10) und nannte im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 2 oben):

- Globusgefühl und rezidivierender Husten und Würgen
- unklare Ätiologie, langjährig konstant
- rezidivierende ORL, kardiologische, pneumologische und gastroenterologische Abklärungen unergiebig
- fragliche Dysphagie für feste Speisen
- Asthma bronchiale, post nasal drip, gastroösophagealer Reflux weitestgehend ausgeschlossen
- DD: Zenker-Divertikel und Neoplasie unwahrscheinlich, eosinophile Oesophagitis unwahrscheinlich, funktionell

Er führte aus, die Ätiologie der offenbar stark belastenden und eindrücklich geschilderten Beschwerden der Beschwerdeführerin lasse sich nicht auf Anhieb eruieren. Aufgrund der langjährigen Anamnese, der rezidivierenden unergiebigsten Abklärungen und der fehlenden Warnsymptome scheine mit hoher Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise eine funktionelle Komponente mitzuspielen (S. 2 unten).

4.9. In seinem Bericht vom 30. März 2009 (Urk. 7/10/2-5) nannte der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. A., als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit Jahren bestehende Adipositas und seit 2008 bestehende chronisch persistierende Hustenattacken mit bellendem Husten. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nannte er eine leichtgradige Gonarthrose beidseits, arterielle Hypertonie, einen Verdacht auf Thalassaemia minor sowie leicht erhöhte Transaminasen (Ziff. 1.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er fÄ¼hrte aus, die BeschwerdefÄ¼hrerin sei depressiv, was sich einschrÄ¼nkend auf ihre bisherige TÄ¼tigkeit als Arbeiterin auswirke. Sie weine viel. Die bisherige TÄ¼tigkeit als Arbeiterin sei ihr noch zu 50 % bis 70 % zumutbar. Dabei bestehe eine verminderte LeistungsfÄ¼higkeit, da die BeschwerdefÄ¼hrerin infolge ihrer DepressivitÄ¼t keinen psychischen Druck ertrage (Ziff. 1.7). Auf lÄ¼ngere Sicht ging Dr. A. \_\_\_ im Haushalts- sowie im Erwerbsbereich von einer ArbeitsfÄ¼higkeit von 50 % aus (Urk. 7/10/2 oben).

4.10 Ä Ä In seiner Stellungnahme vom 10. Juni 2009 (Urk. 7/17/2-3) fÄ¼hrte Dr. med. I. \_\_\_, FA Innere Medizin FMH, Regionaler Ä¼rztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, aus, den vorhandenen medizinischen Berichten seien praktisch keine Angaben zur ArbeitsfÄ¼higkeit zu entnehmen. In Bezug auf den Bewegungsapparat sei seit 2001 keine Verschlechterung ausgewiesen. Die neu geschilderten Beschwerden und Diagnosen (vor allem das WÄ¼rgen und die HustenanfÄ¼lle) dÄ¼rften mit Ä¼berwiegender Wahrscheinlichkeit die ArbeitsfÄ¼higkeit im Vergleich zu 2001 nicht verschlechtern haben. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei keine Verschlechterung ausgewiesen, und es sei seit 2001 von einem stationÄ¼ren Zustand auszugehen. Gegebenenfalls sei eine erneute HaushaltabklÄ¼rung durchzufÄ¼hren (Urk. 7/17/2 unten).

4.11 Ä Ä Am 5. November 2009 untersuchte RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ die BeschwerdefÄ¼hrerin in der Folge persÄ¼nlich in Anwesenheit einer Dolmetscherin. In seinem Bericht vom 24. November 2009 (Urk. 7/14-15) nannte er folgende Hauptdiagnosen (Urk. 7/14/4 Ziff. 8):

- HustenanfÄ¼lle, verbunden mit WÄ¼rgananfÄ¼llen und subjektiver Dyspnoe, Genese unbekannt, wahrscheinlich funktionell bedingt

- leichte bis mÄ¼ssige beidseitige Gonarthrosen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Nebendiagnose nannte er Urininkontinenz beim Husten (Urk. 7/14/4 Ziff. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er fÄ¼hrte aus, im Vergleich zur versicherungsmedizinischen Beurteilung im Jahr 2001 sei davon auszugehen, dass seit Herbst 2007 eine Verschlechterung wegen den beschriebenen HustenanfÄ¼llen zu verzeichnen sei. Ausgehend von den frÄ¼her durchgefÄ¼hrten TÄ¼tigkeiten kÄ¼nne festgehalten werden, dass wegen den Gonarthrosen Putzarbeiten und Arbeiten, die mit Knien, Kauern, Treppen- oder Leitersteigen verbunden seien, nicht mehr ausgefÄ¼hrt werden kÄ¼nnten. KÄ¼rperlich leichte TÄ¼tigkeiten, wechselbelastend (mehr sitzend), kÄ¼nnten aber mit einer tÄ¼glichen PrÄ¼senz von etwa sechs Stunden pro Tag durchgefÄ¼hrt werden. Die frÄ¼her von der BeschwerdefÄ¼hrerin in den Fabriken ausgefÄ¼hrten TÄ¼tigkeiten dÄ¼rften diesem Profil entsprechen. Wegen den beschriebenen HustenanfÄ¼llen sei die LeistungsfÄ¼higkeit wÄ¼hrend der PrÄ¼senzzeit eingeschrÄ¼nkt. Bei einem 100 %-Pensum schÄ¼tze er die LeistungsfÄ¼higkeit auf 50 % ein (Urk. 7/14/4 Ziff. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend sei seit Herbst 2007 von einer 100%igen ArbeitsunfÄ¼higkeit fÄ¼r Putzarbeiten und Ä¼hnliche TÄ¼tigkeiten auszugehen. FÄ¼r eine kÄ¼rperlich leichte, vorwiegend sitzende TÄ¼tigkeiten bestehe seit dem gleichen Zeitpunkt eine ArbeitsfÄ¼higkeit von 50 % (Urk. 7/14/4 Ziff. 9).

4.12 Ä Ä Am 10. August 2009 wurde bei der BeschwerdefÄ¼hrerin zu Hause eine HaushaltabklÄ¼rung durchgefÄ¼hrt. In ihrem Bericht vom 11. Januar 2010 (Urk. 7/16)

fÄhrte die AbklÄrungsperson aus, die BeschwerdefÄhrerin habe bei ihrem Eintreffen gerade einen massiven Hustenanfall gehabt, so dass sie sich wegen der hustenbedingten Inkontinenz habe umziehen mÄssen. Auch wÄhrend des GesprÄchs habe sie mehrmals unter quÄhlenden HustenanfÄllen gelitten, so dass sie sich schlussendlich wÄhrend des GesprÄchs auf das Sofa gelegt habe. So sei es etwas besser gegangen. Die BeschwerdefÄhrerin habe angegeben, dass die HustenanfÄlle bei Stress und NervositÄt stÄrker seien (S. 1 unten). Ausserdem habe sie berichtet, unter Kniebeschwerden zu leiden und nicht niederknien zu kÄnnen (S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Diagnose laute wie folgt (S. 1 Mitte):

- Adipositas
- leichtgradige Gonarthrose beidseits
- wÄrgende HustenanfÄlle und Magenbrennen, erstmals 2003 ambulant im USZ behandelt
- Depressionen

In Bezug auf die WohnverhÄltnisse verwies die AbklÄrungsperson auf den HausaltabklÄrungsbericht vom Mai 2001 (vorstehend E. 3.5), merkte indes an, dass der 1976 geborene ÄSohnÄ nach Angaben der BeschwerdefÄhrerin der Bruder ihres Ehemannes sei, der nach dem Tod seiner Eltern quasi ihr ÄAdoptivsohnÄ geworden sei (S. 3 oben, S. 4 Ziff. 5). Die BeschwerdefÄhrerin habe angegeben, dass sie bei Gesundheit arbeiten wÄrde, um unter Leute zu kommen, und dass sie froh wÄre, finanziell unabhÄngig zu sein. Da sie auch bei Gesundheit den Haushalt noch zu fÄhren hÄtte, wÄrde sie im Umfang von 50 % bis 80 % arbeiten. GestÄtzt auf die Angaben der BeschwerdefÄhrerin und sowie mit Blick auf die gesamten UmstÄnde erachtete die AbklÄrungsperson im Gesundheitsfall eine ArbeitstÄtigkeit im Umfang von 65 % als realistisch (S. 3 Mitte).

Die AbklÄrungsperson nahm folgende Gewichtung der Haushaltbereiche vor und erhob dabei folgende EinschrÄnkungen (S. 4 ff. Ziff. 6.1-8):

Aufgabe

Gewichtung

EinschrÄnkung

Behinderung

HaushaltfÄhrung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 5 %

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 0 %

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 0.0 %

ErnÄhrung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 40 %

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 25 %

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 10.0 %

Wohnungspflege

20 %

45 %

9.0 %

Einkauf und weitere Besorgungen

10 %

0 %

0.0 %

Wäsche und Kleiderpflege

20 %

25 %

5.0 %

Betreuung von Kindern oder anderen Angehörigen

0 %

0 %

0.0 %

Verschiedenes

5 %

20 %

1.0 %

Total

100 %

25 %

In der Haushaltführung (Planung, Organisation, Arbeitseinteilung, Kontrolle) sei keine Einschränkung gegeben. Es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, Notizen zu machen, damit sie nichts vergesse (S. 4 Ziff. 6.1).

Was die Ernährung angehe, so würden die Männer das Frühstück am Vorabend bereitstellen. Mittags würden sie auswärts essen. Abends esse man zusammen warm. Wenn es der Beschwerdeführerin gut gehe, koche sie drei bis vier Mal pro Woche. Wenn sie keine Energie habe, müssten die Männer kochen. Nach dem Essen würden die Männer die Küche aufräumen und reinigen und abwaschen, da sich die Beschwerdeführerin hinlegen müsste. Die Küchenschrank reinige der Adoptivsohn. Die Küsten auf Küperthe reinige sie selber in Etappen (S. 4 Ziff. 6.2).

Das Abstauben erledige die Beschwerdeführerin selber, in Etappen. Auch das oberflächliche Staubsaugen. Wenn es grüßlich sein müsste, würden die Männer mithelfen. Diese würden auch den Boden zwei Mal pro Woche feucht

aufnehmen, den KÄ¼chen- und Badboden tÄ¼glich. Im Bad reinige die BeschwerdefÄ¼hrerin die Spiegel und das Lavabo. Den Rest reinige der Ä¼ AdoptivsohnÄ¼. Auf KÄ¼rperhÄ¼he sei es der BeschwerdefÄ¼hrerin mÄ¼glich, die Fenster zu putzen. Den oberen Teil reinigten die MÄ¼nner. Diese wÄ¼rden auch mithelfen, die BettwÄ¼sche zu wechseln, da die Matratze zu schwer sei. Betten kÄ¼nne sie hingegen selber (S. 4 f. Ziff. 6.3).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Jeweils am Samstag erledige die BeschwerdefÄ¼hrerin zusammen mit dem Ä¼ AdoptivsohnÄ¼ den Grosseinkauf mit dem Auto. Die Frischwaren bringe der Ehemann, welcher in einem Lebensmittelladen arbeite, mit (S. 5 Ziff. 6.4).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Was die WÄ¼sche und Kleiderpflege angehe, so habe die BeschwerdefÄ¼hrerin angegeben, alle zwei Wochen einen Waschtag zu haben. Sie wasche auch die WÄ¼sche ihres Ä¼ AdoptivsohnesÄ¼, mit Ausnahme von dessen Arbeitskleidung. Die MÄ¼nner wÄ¼rden am Morgen die WÄ¼sche hinuntertragen und die erste Maschine starten. Dann mache sie weitere, soweit es ihre Energie zulasse. Am Abend wÄ¼rden die MÄ¼nner den Rest waschen und die Maschine reinigen. Wenn es ihr einigermaßen gehe, bÄ¼gle sie in Etappen. Sonst mache es ihr Ä¼ AdoptivsohnÄ¼. Das Zusammenfalten der WÄ¼sche Ä¼bernehme sie, die WÄ¼sche verrÄ¼umen wÄ¼rden die MÄ¼nner (S. 5 Ziff. 6.5).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die vorhandenen drei Zimmerpflanzen und die wenigen Pflanzen auf dem Balkon giesse die BeschwerdefÄ¼hrerin selber (S. 5 Ziff. 6.7).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die AbklÄ¼rungsperson hielt fest, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin jetzt Ä¼ber ganz andere Beschwerden als bei der ersten HaushaltabklÄ¼rung klage. Ob die HustenanfÄ¼lle oder das, was die HustenanfÄ¼lle allenfalls ausÄ¼se, ihre ArbeitsfÄ¼higkeit verÄ¼nderten, kÄ¼nne von ihr nicht beurteilt werden. Sie seien aber offensichtlich sehr stÄ¼rend und quÄ¼lend (S. 6 Ziff. 10).

5.Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Unbestritten geblieben ist die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen VerfÄ¼gung vorgenommene Einstufung der BeschwerdefÄ¼hrerin als im Gesundheitsfall zu 65 % im Erwerb und zu 35 % im Haushalt TÄ¼rtige.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin anÄ¼sslich der im Mai 2001 durchgefÄ¼hrten HaushaltabklÄ¼rung (E. 3.5) angegeben hatte, sich nach ihrer etwa im Jahr 1995 erfolgten Aussteuerung bei der Arbeitslosenkasse um keine Arbeitsstelle mehr bemÄ¼ht zu haben; dies obwohl der 1976 geborene Ä¼ AdoptivsohnÄ¼ damals bereits rund 19 Jahre alt und damit nicht mehr betreuungsbedÄ¼rftig im eigentlichen Sinn war, und obwohl die Knieprobleme der BeschwerdefÄ¼hrerin erst nach dem Unfallereignis vom Januar 1999 auftraten. Hinzu kommt, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin Ä¼ber keine Ausbildung verfÄ¼gt, im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen VerfÄ¼gung bereits 57 Jahre alt war und nicht in prekÄ¼ren finanziellen VerhÄ¼ltnissen zu leben scheint, erzielt doch ihr Ehemann ihren Angaben zufolge einen Verdienst von monatlich Fr. 5'000.-- brutto und ist auch der im gleichen Haushalt lebende Ä¼ AdoptivsohnÄ¼ erwerbstÄ¼tig und beteiligt sich an den Wohn- und Essenskosten (vgl. Angaben der BeschwerdefÄ¼hrerin anÄ¼sslich der HaushaltabklÄ¼rung vom August 2009, Urk. 7/16 S. 3 Ziff. 2.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Blick auf diese Umstände erscheint die Einschätzung der Beschwerdegegnerin, wonach die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 65 % einem Erwerb nachgehen würde, als grosszügig. Im vorliegenden Verfahren kann aber dennoch von dieser Qualifikation und damit von einem veränderten Status im Vergleich zur letztmaligen Rentenprüfung ausgegangen werden.

## E. 6

6.1 Ä Ä Ä Ä Was den erwerblichen Bereich anbelangt, so ging RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ in seinem Bericht vom November 2009 (E. 4.11) davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit Herbst 2007 keine Putzarbeiten und ähnliche Arbeiten mehr ausüben könne, attestierte ihr aber ab diesem Zeitpunkt für eine körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (E. 4.11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. I. \_\_\_ stützte seine Beurteilung auf die Vorakten (vgl. E. 4.10) sowie die im Rahmen seiner eingehenden Untersuchung sorgfältig erhobenen Befunde (Urk. 7/14 Ziff. 6, Urk. 7/15). Er berücksichtigte die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (Urk. 7/14 Ziff. 1) und setzte sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Er legte die medizinische Situation einleuchtend dar und seine Schlussfolgerungen sind in nachvollziehbarer Weise begründet. Sein Bericht vom November 2009 erfüllt daher die praxisgemässen Anforderungen (E. 1.8), sodass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

6.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Medizinische Berichte, welche die Einschätzung durch Dr. I. \_\_\_ in Frage stellen würden, liegen keine vor. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. A. \_\_\_, ging in seinem Bericht vom März 2009 (E. 4.9) gar davon aus, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Arbeiterin noch im Umfang von 50 % bis 70 %, mit einer verminderten Leistungsfähigkeit, ausüben könne. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vermerkte Dr. A. \_\_\_ zwar, dass der Beschwerdeführerin rein sitzende und wechselbelastende Tätigkeiten sowie Rotationen im Sitzen/Stehen zumutbar seien - was dem von Dr. I. \_\_\_ erstellten Belastbarkeitsprofil weitestgehend entspricht -, machte aber keine Aussage zum zeitlichen Rahmen und zur Leistungsfähigkeit (Urk. 7/10/5).

6.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Festzuhalten ist schliesslich, dass die Würdigung der vorliegenden medizinischen Akten ein genügend klares Bild bezüglich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ergibt. Soweit die Beschwerdeführerin eventualiter geltend machte, es bestehe Anlass für eine psychiatrische Abklärung, kann ihr nicht gefolgt werden, sind doch den Akten keine ausreichenden Anhaltspunkte für ein invalidenversicherungsrechtlich relevantes, abklärungsbedürftiges psychisches Leiden zu entnehmen. In seinem Bericht vom März 2009 (E. 4.9) hielt der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. A. \_\_\_, zwar fest, dass die Beschwerdeführerin infolge von Depressivität keinen psychischen Druck ertrage und daher in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Er erhob indes keine psychopathologischen Befunde, welche eine Depression nachvollziehbar erscheinen lassen würden und diagnostizierte auch keine solche, wobei festzuhalten ist, dass psychiatrische Diagnosen auch nicht in sein Fachgebiet fallen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fest steht jedenfalls, dass die Beschwerdeführerin noch nie in psychiatrischer Behandlung war (vgl. Urk. 7/16/1 unten) und sich offenbar auch Dr. A. \_\_\_ nicht veranlasst sah, eine solche in die Wege zu leiten. Der Umstand, dass Dr. F. \_\_\_ in

seinem Bericht vom Dezember 2008 (E. 4.5) für die von der Beschwerdeführerin beklagten Husten- und Würgenbeschwerden einen psychogenen Ursprung als naheliegend erachtete, verlangt sodann für sich allein gesehen nicht nach einer psychiatrischen Abklärung. Die Beschwerdeführerin beklagte anlässlich der Untersuchung durch RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ einzig Kniebeschwerden sowie Hustenanfälle, welche mit Würgen und Urinverlust verbunden sind (Urk. 7/14/1), und äusserte auch auf Nachfragen hin keine Symptome, die auf eine Depression oder ein anderweitiges relevantes psychisches Leiden schliessen lassen würden. Dr. I. \_\_\_ hielt denn auch fest, der Psychostatus

sei ohne Befund, die Beschwerdeführerin wirke ausgeglichen und es beständen keine Hinweise auf Depressionen (Urk. 7/15/6 Ziff. 18). Den von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden trug Dr. I. \_\_\_ im Rahmen seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung angemessen Rechnung. Weitere Abklärungen sind nicht angezeigt.

6.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf die Einschätzung durch RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ in einer angepassten Tätigkeit als zu 50 % arbeitsfähig zu erachten ist.

## E. 7

7.1 Die Beschwerdeführerin ist bei der Invaliditätsbemessung neu als Teilerwerbstätige zu behandeln (vgl. vorstehend E. 5). Damit ist nach der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung zunächst die Invalidität im erwerblichen Bereich zu prüfen. Nach der Rechtsprechung (vgl. E. 1.5) ist die Einschränkung im erwerblichen Bereich nach der Methode des Einkommensvergleichs auf Grundlage der Teilerwerbstätigkeit, welche die Beschwerdeführerin ohne Behinderung ausüben würde (hier: 65 %), zu ermitteln. Diese Einschränkung im erwerblichen Bereich ist anschliessend bei der Festsetzung der Gesamtinvalidität nicht voll in Anschlag zu bringen, sondern gewichtet mit dem einem hypothetischen Teilzeitpensum entsprechenden Anteil (hier: 65 %) mit zu berücksichtigen (BGE 125 V 146 E. 4 mit Hinweisen).

7.2 Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich (Urk. 2/1 S. 2 oben, vgl. auch Urk. 7/17/4 unten) blieb - mit Ausnahme des Leidensabzugs vom Invalideneinkommen von 10 % - beschwerdeweise unbestritten und ist nicht zu beanstanden.

Da die Beschwerdeführerin seit 1993 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist, zuvor stets als nicht ausgebildete Hilfskraft tätig war (vgl. Urk. 7/14/2 unten) und mangels gegenteiliger Anhaltspunkte davon auszugehen ist, dass sie auch im Gesundheitsfall weiterhin derartigen Tätigkeiten nachgehen würde, rechtfertigt es sich mit der Beschwerdegegnerin, bei der Ermittlung des Valideneinkommens statistische Tabellen ohne heranzuziehen und auf den standardisierten Durchschnittslohn der Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen. Für das Jahr 2009 (Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns, vgl. Urk. 7/17/4 unten) resultiert damit in einem 65 %-Pensum ein massgebliches Valideneinkommen von Fr. 34'172.10 (Fr. 4'116.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.021 x 0.65; Die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2008, LSE, Neuenburg 2010, S. 26 Tabelle TA1, Rubrik Total, Anforderungsniveau 4, Frauen; Die Volkswirtschaft 9-2011, Tabelle B9.2 und B10.2, S. 94 f.).

7.3. Da die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem von RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ erstellten Belastungsprofil aber zu 50 % arbeitsfähig ist, ist bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf die nämlichen Tabellenlöhne abzustellen. Für das Jahr 2009 resultiert entsprechend ein Invalideneinkommen von Fr. 26'286.25 (Fr. 4'116.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.021 x 0.5).

Da die Beschwerdeführerin auch bei der Ausübung leichter Hilfstätigkeiten eine Einschränkung erfährt, indem sie solche vorwiegend nur noch sitzend verrichten kann, besteht im Vergleich zu Arbeitnehmerinnen, welche für solche Tätigkeiten voll leistungsfähig und entsprechend einsetzbar sind, eine gewisse lohnmassige Benachteiligung. Diesem Umstand trug die Beschwerdegegnerin durch Gewährung eines leidensbedingten Abzugs vom Invalideneinkommen von 10 % angemessen Rechnung. Weitere Gründe, die einen höheren Abzug rechtfertigten, sind entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6 Ziff. 7) nicht ausgewiesen:

Gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung rechtfertigt sich kein Abzug wegen des fortgeschrittenen Alters (BGE 126 V 75 E. 5a/cc). Sodann ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht davon auszugehen, dass sie aufgrund ihrer Nationalität einen lohnmassigen Nachteil erfährt, zumal sie von 1972 bis 1993, mithin während rund 21 Jahren, in der Schweiz erwerbstätig war (Urk. 7/6) und die Niederlassungsbewilligung C besitzt (Urk. 7/3). Da der Beschwerdeführerin für die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit in erster Linie Hilfstätigkeiten offen stehen, fallen allfällige Defizite bei der Beherrschung der deutschen Sprache nicht wesentlich ins Gewicht beziehungsweise werden solche bereits durch die Verwendung von Tabellenlöhnen des Anforderungsniveaus 4 abgegolten. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass sich auch mit der Teilzeitarbeit keine höhere Reduktion begründen lässt, da teilzeitbeschäftigte Frauen im Vergleich zu vollzeitbeschäftigten in der Regel mehr verdienen (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C\_529/2007 vom 23. Mai 2008 E. 4.3-4).

Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % resultiert somit für das Jahr 2009 ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 23'657.65 (Fr. 26'286.25 x 0.9).

7.4. Die Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 34'172.10 und des Invalideneinkommens von Fr. 23'657.65 ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 10'514.45, was einer Einschränkung von rund 31 % entspricht. Bei einem Anteil des erwerblichen Bereichs von 65 % ergibt dies einen Teilinvaliditätsgrad von 20.15 % (65 % x 0.31).

## E. 8

8.1. Zur Beurteilung der Beeinträchtigung im Haushaltsbereich wurde am 10. August 2009 eine Haushaltabklärung durchgeführt (E. 4.12).

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind - analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und

Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 f. E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit).

8.2.1 Der Haushaltabklärungsbericht vom 11. Januar 2010 (E. 4.12) enthält eine eingehende Abklärung der Wohnverhältnisse sowie der im Haushalt der Beschwerdeführerin anfallenden Tätigkeiten. Der Abklärungsperson waren die ärztlicherseits genannten Diagnosen bekannt und sie erwähnte und berücksichtigte bei sämtlichen Angaben die Aussagen der Beschwerdeführerin. Die Berichtstexte, gestützt auf welche die Abklärungsperson die Einschränkungen in den verschiedenen Bereichen festlegte, sind nachvollziehbar begründet und angemessen detailliert. Der Abklärungsbericht ist schlüssig, vollständig und wurde sorgfältig begründet, weshalb er den praxisgemässen Anforderungen (E. 8.1) vollumfänglich zu genügen vermag und für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

8.3.1 Die Beschwerdeführerin beanstandete die von der Abklärungsperson ermittelte Einschränkung im Haushalt von insgesamt 25 % als zu tief.

8.3.2 Sie machte geltend, im Bereich Ernährung nicht nur zu 25 %, sondern zu 50 % eingeschränkt zu sein (Urk. 1 S. 5 Mitte). Dem kann nicht gefolgt werden. Die Abklärungsperson trug dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin ihren Angaben zufolge nur teilweise in der Lage ist, die (einzige) warme Mahlzeit, die am Abend gemeinsam eingenommen wird, zu kochen, sowie dem Umstand, dass sie an keinem Tag in der Lage ist, nach dem Abendessen abzuwaschen, die Küche aufzuräumen und zu reinigen, im Rahmen der Festlegung der Einschränkung angemessen Rechnung. Nicht zu beanstanden ist, dass sie es dem Ehemann und dem Adoptivsohn der Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht als zumutbar erachtete, das Frühstück bereitzustellen, gelegentlich das Abendessen zuzubereiten sowie die - nur von Zeit zu Zeit anfallende - Reinigung der Küchensinken und des Hahlschranks zu übernehmen. Das Ausmass dieser Mithilfe ist nicht übermässig belastend, auch nicht bei einer vollen Berufstätigkeit tagsüber, zumal die beiden Männer die anfallenden Aufgaben unter sich aufteilen und die grösseren Reinigungsarbeiten an den Wochenenden erledigt werden können. Schliesslich ist zu bemerken, dass es der Beschwerdeführerin zur Entlastung der Knie zumutbar ist, beim Kochen anfallende Arbeiten wie das Rosten und Schneiden von Lebensmitteln im Sitzen zu verrichten. Insgesamt erscheint die von der Abklärungsperson auf 25 % festgelegte Einschränkung im Bereich Ernährung als angemessen.

8.4.1 Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, im Bereich Wohnungspflege nicht nur zu 45 %, sondern zu 100 % und im Bereich Wäsche und Kleiderpflege nicht nur 25 %, sondern ebenfalls zu 100 % eingeschränkt zu sein (Urk. 1 S. 5 Mitte), kann ihr ebenfalls nicht beigepliziert werden. Auch in diesen Bereichen trägt die von der Abklärungsperson festgelegte Einschränkung den von der Beschwerdeführerin geschilderten Einschränkungen bei der Verrichtung dieser

Tätigkeiten angemessen Rechnung, und kann von den beiden im gleichen Haushalt wohnenden Männern im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht eine Mithilfe in dem von der Abklärungsperson beschriebenen Umfang erwartet werden. Eine 100%ige Einschränkung, wie sie die Beschwerdeführerin geltend machte, steht abgesehen davon im Widerspruch zu ihren Angaben anlässlich der Haushaltabklärung, berichtete sie doch, Arbeiten wie oberflächliches staubsaugen, reinigen des Spiegels und des Lavabos im Bad, betten, Wäsche aufhängen, etappenweise bügeln sowie Wäsche zusammenfalten selber zu erledigen. Insgesamt erscheint die von der Abklärungsperson auf 45 % festgelegte Einschränkung im Bereich Wohnungspflege und die auf 25 % festgelegte Einschränkung im Bereich Wäsche und Kleiderpflege als angemessen

8.5. Somit kann festgehalten werden, dass die von der Verwaltung ermittelte Einschränkung im Haushalt von 25 % den Verhältnissen angemessen Rechnung trägt und nicht zu bemängeln ist.

Bei einem Anteil des Haushaltsbereichs von 35 % ergibt sich somit ein Teilinvaliditätsgrad von 8.75 % ( $35 \% \times 0.25$ ).

8.6. Addiert man nunmehr die Teilinvaliditätsgrade von 20.15 % im Erwerbsbereich (E. 7.4) und 8.75 % im Haushaltsbereich (E. 8.5), resultiert ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von 28.9 %.

9. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin seit der letztmaligen Rentenprüfung nicht in rentenrelevanter Weise verändert hat.

Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin erweist sich als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

10. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Bibiane Egg
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90

ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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