

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00763 vom 15. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00763

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00763 du 15 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00763 del 15 settembre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1. Mit Bericht vom 20. Juli 2005 (Urk. 8/15/1-6) stellte die Vertrauensärztin der Pensionskasse der Beschwerdeführerin Dr. med. C.____, Spezialärztin FMH für Innere Medizin, folgende Diagnosen (Ziff. 1):

- generalisierte myofasziale Schmerzen, Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung
- Hysterektomie und Adnexektomie rechts am 20. April 2005 wegen starker Dysmenorrhoe seit Jahren

Bereits früher habe die Beschwerdeführerin gelegentlich an generalisierten Körpererschmerzen gelitten, welche jeweils nach kurzer Zeit spontan wieder verschwunden seien. Im Juni 2004 seien wieder starke Schmerzen aufgetreten, zuerst wechselhaft in beiden Beinen, dann im Rücken als Dauerschmerz, im Gesäss und in den Armen. Infolge starker Dysmenorrhoe sei am 20. April 2005 eine Hysterektomie durchgeführt worden, von welchem Eingriff sich die Beschwerdeführerin nur sehr langsam erholte (Ziff. 3).

Die Ärztin berichtete, die Beschwerdeführerin habe am 20. Juni 2005 ihre Arbeit zu 50 % (von 60 %) wieder aufgenommen (Ziff. 3 unten). Sie attestierte ihr ab Juli 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 60 %, womit die Beschwerdeführerin ihre berufliche Tätigkeit voll ausüben könne (Urk. 8/15/5 Ziff. 7, Urk. 8/15/6).

Anlässlich einer zweiten Untersuchung am 21. Oktober 2005 stellte Dr. C.____ mit Bericht vom 7. November 2005 (Urk. 8/15/7-13) zuhanden der Pensionskasse folgende Diagnosen (Ziff. 1):

- psychischer und physischer Erschöpfungszustand mit/bei
- schwerem generalisiertem Schmerzsyndrom
- Depression
- häufig rezidivierenden Infekten der oberen Luftwege
- chronischer Bronchitis bei Nikotinabusus
- psychosozialer Belastungssituation
- Status nach Hysterektomie und Adnexektomie vom April 2005
- Status nach Strumektomie wegen M. Basedow im Jahr 2000

Dr. C.____ führte in ihrem Bericht aus, die Beschwerdeführerin habe ihr berichtet, dass sie nach Arbeitsaufnahme vom 20. Juni 2005 wiederholte Arbeitsausfälle gehabt habe,

weshalb sie mit Einverständnis ihres Arbeitgebers ihr Pensum auf 40 % ab dem 1. Oktober 2005 habe reduzieren können. Des Weiteren hielt die Ärztin fest, die Beschwerdeführerin sei überlastet und dadurch in ihrem Leistungsvermögen eingeschränkt, wobei die Überlastung vor allem auf die schwierige häusliche Situation zurückzuführen sei und weniger auf die Arbeitstätigkeit (Ziff. 12). Anlässlich der ersten vertrauensärztlichen Untersuchung habe sie stark dissimuliert (Urk. 8/15/13). Bei den ausgeprägten muskuloskelettalen Schmerzen handle es sich um psychosomatische Schmerzen (Urk. 8/15/10 Ziff. 12). Es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vor (Urk. 8/15/13).

3.2 Mit Bericht vom 28. April 2008 (Urk. 8/15/14-17) diagnostizierte die Vertrauensärztin der Pensionskasse, Dr. med. D. ____, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, einen klinischen Verdacht auf Fibromyalgie sowie ein generalisiertes Ekzem (Ziff. 1). Es bestehe bei der Beschwerdeführerin eine starke psychosoziale Belastungssituation mit ihrer an MS-erkrankten Tochter, die 17-jährig ein Baby geboren habe, welches sie zusätzlich zum Haushalt, der Arbeit und ihren beiden anderen Kinder betreue (Ziff. 4). Aus medizinischen Gesichtspunkten sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Ziff. 6).

3.3 Am 12. Juni 2008 wurde die Beschwerdeführerin durch die Vertrauensärztin der Pensionskasse, Dr. med. E. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, abgeklärt. Diese nannte im Bericht vom 19. Juni 2008 (Urk. 8/15/22-32) folgende Diagnose (Ziff. 1):

- leichte (bis allenfalls mittelgradige) Depression mit somatischen Symptomen mit Erschöpfungskomponente (ICD-10 F32.01)
- chronische Belastungssituation durch schwierige Ehekonstellation sowie schwere Erkrankung einer Tochter. Somatoforme Komponente des Schmerz-Syndroms nicht ausschliessbar (ICD-10 F45.4)
- Verdacht auf Kollagenose wie rheumatoide Arthritis oder Spondylarthropathie
- Psoriasis mit Verdacht auf Psoriasis-Arthritis (Abklärungen noch nicht abgeschlossen)

Die Ärztin attestierte aus psychiatrischer Sicht eine vorübergehende 20%ige Arbeitsunfähigkeit vom 23. Juni bis 31. August 2008 (Ziff. 11) zur Entlastung der aktuell auch durch die Intensität der Abklärungen stark beanspruchten Beschwerdeführerin (Ziff. 7, Urk. 8/15/32) und attestierte eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab 1. September 2008 von 50 %, mithin das normale Arbeitspensum der Beschwerdeführerin (Ziff. 7).

3.4 Dr. med. F. ____, Oberarzt am Stadtspital G. ____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, nannte in seinem Bericht vom 18. September 2008 (Urk. 8/16 = Urk. 8/13/16-17) hauptsächlich folgende Diagnosen (Ziff. 1.1):

- Verdacht auf undifferenzierte Kollagenose
- generalisiertes myalgieformes Schmerzsyndrom mit
- M. Basedow mit Thyreoidektomie Oktober 2000, Substitution mit Eltroxin

Aus rheumatologischer Sicht sei bezüglich des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms und der möglichen Kollagenose eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %

in der bisherigen Tätigkeit als realistisch einzustufen. Für geeignete Tätigkeiten seien langfristig keine Einschränkungen zu erwarten, wobei von psychiatrischer Seite eine entsprechende Stellungnahme notwendig sei (Urk. 8/16/8).

3.5 Dr. med. H. ____, Innere Medizin FMH speziell Kardiologie, stellte in ihrem Bericht vom 29. September 2008 (Urk. 8/15/33-41 = Urk. 8/13/8-15) zuhanden der Pensionskasse die gleiche Diagnose wie Dr. F. ____, vom Stadthospital G. ____, (E. 3.4), ergäuzt um ein Furunkel Knie rechts lateral (Status nach chirurgischem Eingriff am 2. September 2008) sowie eine Klassifikation des psychogenen Schmerzsyndroms nach ICD-10 F45.4 (Ziff. 1). Die Beschwerdeführerin klagt über Schmerzen im Schultergürtel-/Nackengebiet mit Ausstrahlung nach lumbal und gluteal beidseits, starke Schmerzen in den Knien vor allem rechts (Wundheilung nach Furunkelinzision) und im Bereich der Ellenbogen. Hinzu würden Halsweh, Ohrenscherzen, trockener Mund und Augen kommen. Bezüglich der psychischen Beschwerden versuche sie stark zu sein und gegen das Versagen ihres Körpers anzukämpfen (Urk. 8/15/35). Sie vermöge kaum mehr Lasten zu tragen (weniger als 2-3 kg) und Arbeiten über der Schulterhöhe (Fenster und Schränke putzen) sowie Vorneüberbeugen seien unmöglich (Urk. 8/15/36).

Die Ärztin berichtete, es sei von einer ungünstigen Prognose auszugehen, da die (objektiv relativ leichten) Einschränkungen nur teilweise durch die undifferenzierte Kollagenose erklärbar seien. Im Vordergrund stehe eher die somatoforme Schmerzstörung mit Tendenz zur Chronifizierung (Ziff. 10). Es liege eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bis zirka Mitte Dezember 2008 vor (Urk. 8/15/40).

3.6 Vom 17. Oktober bis 19. November 2008 weilte die Beschwerdeführerin in der Klinik I. ____. Die behandelnden Ärzte stellten im Austrittsbericht vom 24. November 2008 (Urk. 8/13/8-15) hauptsächlich folgende Diagnosen (Urk. 8/13/1):

- Verdacht auf undifferenzierte Kollagenose, Differentialdiagnose: primäres Sjögren-Syndrom
- Generalisiertes myalgiformes Schmerzsyndrom mit/bei
- chronischem cervicovertebralem und lumbospondylogem Schmerzsyndrom
- vegetativer Begleitsymptomatik
- somatoformer Schmerzstörung
- Morbus Basedow
- Nikotinabusus (F17.1)
- Verdacht auf reaktive Depression (F43.21)

Die Ärzte berichteten, wahrscheinlich sei es binnen kurzer Zeit zu einer gewissen Chronifizierungstendenz mit Generalisierung der Schmerzen und zunehmendem Überforderungserleben gekommen, welches von der Beschwerdeführerin als sehr frustrierend empfunden worden sei, was wiederum zu einer Verstärkung der Schmerzsymptomatik geführt habe. Während des Aufenthalts habe die Beschwerdeführerin psychophysisch reconditionieren, ihre Ausdauer steigern sowie Schmerz copingstrategien erarbeiten und diese im Alltag anwenden können (Urk. 8/13/10).

Am 30. Dezember 2008 (Urk. 8/11) berichteten Dr. med. J.____, Oberärztin, und Dr. med. K.____, Assistenzärztin, gleichen Inhalts zuhanden der Beschwerdegegnerin über die Rehabilitation der Beschwerdeführerin. Ferner führten sie aus, aus ihrer Sicht sei die Beschwerdeführerin bis 10. Dezember 2008 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/11/2, Urk. 8/11/3).

3.7 In ihrem psychiatrischen Bericht vom 17. Dezember 2008 (Urk. 8/15/42-50) zuhanden der Pensionskasse nannte Dr. E.____ folgende Diagnose (Ziff. 1):

- aktuell: Depression mittleren Grades mit somatoformen Symptomen (F32.11) mit Erschöpfungskomponente sowie
- Anteile einer somatoformen Schmerzstörung (F45.4)
- somatisch begründete Schmerzen bei Verdacht auf undifferenzierte Kollagenose, dazu generalisiertes myalgiformes Schmerzsyndrom
- M. Basedow (F.05.0) mit Status nach Thyreoidektomie und Substitution mit Eltroxin Oktober 1999
- Nikotinabusus (F17.1)
- Schlafapnoe nicht mit Sicherheit ausgeschlossen
- Psoriasis

Dr. E.____ verwies betreffend die somatische Diagnose auf den Austrittsbericht der Klinik I.____ (vorstehend E. 3.6) und führte in beruflicher Hinsicht aus, dass die Arbeitsunfähigkeit angesichts der Komplexität des Krankheitsbildes aus psychiatrischer Sicht nicht genau zu definieren sei. Sie werde im Moment nicht nur durch das vorliegende Zustandsbild, sondern vielmehr durch die verminderte Belastbarkeit bei permanenter kontraproduktiver Selbstüberforderung bestimmt. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe bis sicher mindestens Ende Januar 2009, danach je nach Verlauf (Urk. 8/15/47 Ziff. 7).

3.8 Hausarzt Dr. med. L.____, Allgemeine Medizin FMH, bei welchem die Beschwerdeführerin seit Oktober 2007 in Behandlung steht, diagnostizierte in seinem Bericht vom 30. Januar 2009 (Urk. 8/13) zuhanden der Beschwerdegegnerin eine undifferenzierte Kollagenose und ein myalgiformes Schmerzsyndrom bestehend seit August 2008, einen Morbus Basedow sowie eine reaktive mittlere Depression (Ziff. 1.1). Er attestierte der Beschwerdeführerin eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % von zuletzt 18. August 2008 und bis heute fortdauernd (Ziff. 1.6).

3.9 Im Rahmen der Abklärung der Berufsinvalidität berichtete am 26. Mai 2009 (Urk. 8/18) Dr. E.____ zuhanden der Pensionskasse, aus psychiatrischer Sicht könne die Beschwerdeführerin aufgrund der mehrheitlich zwischen leicht- bis mittelgradig schwankenden Depression weiterhin unverändert beim Arbeitgeber weiterbeschäftigt werden. Eine leichte Arbeit trotz Limiten (Einschränkung von zu bewegenden Gewichten, gewisse Einschränkung der Bewegungsamplitude) könne auch mit einem Arbeitspensum von 50 % ausgeführt werden, sofern dieses über die Woche verteilt erbracht werden könne. Eine Konversionssymptomatik könne nur diagnostiziert werden, wenn eine somatische Erklärung für die Symptomatik fehle. Vorliegend bestehe aber gemäss Angaben der Beschwerdeführerin eine somatische Erkrankung mit Schmerzsymptomen, welche auch durch die Fremdanamnese (rheumatoide Polyarthrit)

gesichert sei (Ziff. 6).

3.10. Die Ärzte der Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin des Universitätsklinikums M. (M.) stellten in ihren Berichten vom 14. Mai (Urk. 8/20/10-15) und 24. Juni 2009 (Urk. 8/20/1-9) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/20/1 Ziff. 1):

- Verdacht auf primäres Sjögren-Syndrom
- generalisiertes Schmerzsyndrom
- Verdacht auf Schlafapnoesyndrom

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte einen Status nach Thyroidektomie bei Morbus Basedow sowie Rosacea und ein allergisches Ekzem (Ziff. 1). In ihrer weiteren Beurteilung führten sie aus, dass die Beschwerdeführerin mit größter Wahrscheinlichkeit an einem primären Sjögren-Syndrom leide, da mindestens drei von sechs Klassifikationskriterien hierfür erfüllt seien. Als zweite Problematik bestehe ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit akzentuierten Beschwerden lumbal und zervikal sowie an diversen Gelenken, ob dies im Rahmen der Grunderkrankung zu interpretieren sei, könne nicht schlüssig geklärt werden. Ein Schlafapnoe-Syndrom könne nebst der ausgeprägten Müdigkeit durchaus eine unterhaltende Komponente für das generalisierte Schmerzsyndrom darstellen (Urk. 8/20/11). Aufgrund fehlender Angaben zum Belastungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht genauer beantwortet werden. Insgesamt erscheine jedoch aufgrund medizinisch-theoretischer Überlegungen aus rheumatologischer Sicht zumindest eine leichte Arbeitstätigkeit mit Wechselbelastung zumutbar (Urk. 8/20/6).

3.11. Mit ergänzendem Bericht vom 4. November 2009 (Urk. 8/24) zuhanden der Beschwerdegegnerin stellten die Ärzte des M. folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/24/7 Ziff. 1):

- Psoriasis vulgaris, Differentialdiagnose: nummuläres Ekzem
- Verdacht auf primäres Sjögren-Syndrom
- chronisches panvertebrales Syndrom mit Schwerpunkt lumbal und zervikal

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, einen Status nach Staphylokokken-Gonarthrit, einen Verdacht auf reaktive depressive Stimmung sowie einen Status nach Thyroidektomie bei Morbus Basedow (Urk. 8/24/8). Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf könne von der Wirksamkeit der Basistherapeutika ab und könne zum aktuellen Zeitpunkt nicht beurteilt werden. Bezüglich einer angepassten Tätigkeit (leichte vorwiegend sitzende Arbeit mit Möglichkeit zum Positionswechsel) bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei je nach Krankheitsaktivität mit wiederholten Arbeitsunfähigkeiten im Schub gerechnet werden müsse (Urk. 8/24/7 Mitte).

3.11. Mit Schreiben vom 17. August 2010 (Urk. 3) zuhanden der Beschwerdegegnerin berichtete lic. phil. N., Gesundheitszentrum O., dass er die Beschwerdeführerin schon seit zweieinhalb Jahren kontinuierlich psychotherapeutisch betreue und ihre somatischen wie psychischen Belastungen und Beeinträchtigungen gut kenne. Er gelange daher zum Eindruck, dass bei den Abklärungen über die Ansprache der

Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen oder Invalidenrente die ausgeprägten psychischen Defizite und Beeinträchtigungen nicht miteinbezogen worden seien, weil durch das starke Dissimulieren der Beschwerdeführerin ein völlig falsches Bild entstehen könnte, weshalb er darum ersuchte, das Begehren der Beschwerdeführerin unter Einbezug des psychischen Aspekts erneut zu prüfen.

E. 4

4.1 In den medizinischen Akten finden sich diverse Berichte, welche zahlreiche Angaben zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin, jedoch nicht zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit, enthalten (E. 3.1 - 3.3, E. 3.5 - 3.9). Dies ist nicht weiter erstaunlich, da die meisten Arztberichte zuhanden der Pensionskasse der Beschwerdeführerin zur Abklärung der Berufsinvalidität erstellt wurden (vgl. Urk. 8/15, Urk. 8/18). Die Ärzte berichteten teilweise von vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, wiesen auf psychosomatische Schmerzen hin und erachteten die psychosoziale Komponente als vordergründig. Gemäss Art. 16 ATSG (vgl. E. 1.4) ist jedoch für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von einer zumutbaren Tätigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen, weshalb auf die Arztberichte ohne Angaben zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit nicht abgestellt werden kann.

4.2 Zwei Berichte geben Aufschluss über die entscheidende Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit. Dr. F. ___ vom Stadtspital G. ___ diagnostizierte einen Verdacht auf undifferenzierte Kollagenose sowie einen Status nach Morbus Basedow. Er hielt fest, dass aus rheumatologischer Sicht bezüglich des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms und der möglichen Kollagenose eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit bestehe. Für geeignete Tätigkeiten seien jedoch langfristig keine Einschränkungen zu erwarten (vorstehend E. 3.4). Die Ärzte des M. ___ stellten bei der Beschwerdeführerin das gleiche Beschwerdebild fest und diagnostizierten in ihren beiden Berichten vom Mai und Juni 2009 den Verdacht auf ein primäres Sjögren-Syndrom, eine Psoriasis sowie ein chronisches panvertebrales Syndrom mit Schwerpunkt lumbal und zervikal. Sie attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (leichte, vorwiegend sitzende Arbeit mit Möglichkeit zum Positionswechsel), wiesen jedoch darauf hin, dass je nach Krankheitsaktivität mit wiederholten Arbeitsunfähigkeiten im Schub gerechnet werden müsse (vorstehend E. 3.10).

Die beiden vorgenannten Arztberichte stimmen weitgehend überein und kommen zum selben Schluss betreffend die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit, weshalb darauf abgestellt werden kann. Auch wenn die Ärzte des M. ___ auf die Möglichkeit einer erneuten Arbeitsunfähigkeit im Schub hinwiesen, so attestierten sie dennoch der Beschwerdeführerin eine volle leidensangepasste Arbeitsfähigkeit. Vorübergehende Beeinträchtigungen von nicht langdauernder Intensität begründen jedoch noch keine Invalidität. Sollte sich künftig herausstellen, dass die Schübe zahlreich und intensiv sind, so wäre die Sachlage neu zu beurteilen.

4.3 Die Einwendungen der Beschwerdeführerin vermögen an diesem Beweisergebnis nichts zu ändern, weshalb es angesichts der klaren medizinischen Aktenlage keiner zusätzlichen Abklärungen bedarf. Von ergänzenden Beweissmassnahmen und insbesondere der Anordnung einer weiteren medizinischen

Begutachtung ist - entgegen den diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 Ziff. 4.4) - daher abzusehen.

4.4.4 Gestützt auf die medizinische Aktenlage steht daher fest, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung behinderungsangepasster, leichter Tätigkeiten vollumfänglich zuzumuten waren und sie somit invalidenversicherungsrechtlich keine relevante Einschränkung in ihrer Arbeitsfähigkeit erfährt.

E. 5

5.1 Zu prägen bleibt, wie sich die festgestellten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit im Erwerbs- und im Haushaltbereich auswirken.

5.2 Die Beschwerdeführerin ist in der Invaliditätsbemessung als Teilerwerbstätige zu behandeln (vorstehend E. 2.3). Damit ist nach der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung zunächst die Invalidität im erwerblichen Bereich zu prägen. Nach der Rechtsprechung (vorstehend 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 (vorliegend: 60 % respektive 85 %), zu ermitteln. Diese Einschränkung im erwerblichen Bereich ist anschliessend bei der Festsetzung der Gesamtinvalidität nicht voll in Anschlag zu bringen, sondern gewichtet mit dem hypothetischen Teilzeitpensum entsprechenden Anteil (vorliegend: 60 % respektive 85 %) mit zu berücksichtigen (BGE 125 V 152 E. 4 mit Hinweisen).

5.3 Bei der Ermittlung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Weiterentwicklung, soweit hierfür hinreichend konkrete Anhaltspunkte bestehen (Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums etc.), zu erwarten gehabt hätte. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 101 E. 3b) beziehungsweise das an die branchenspezifische Nominallohnentwicklung angepasste frühere Einkommen (AHI 2000 S. 305 ff. E. 2c). Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheit im Zeitpunkt des Rentenbeginns abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222). Nach Lage der Akten wäre dies der März 2009 (Urk. 8/25/6).

5.4 Die Beschwerdeführerin war vor ihrer Krankschreibung bei der Z. ___ tätig (Urk. 8/12 Ziff. 2.7 ff.). Es ist davon auszugehen, dass sie ohne Gesundheitsschaden weiterhin dort gearbeitet hätte, weshalb es sich rechtfertigt, bei der Berechnung des Valideneinkommens an das dort erzielte Erwerbseinkommen anzuknüpfen.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Berechnung des Valideneinkommens auf die Angaben der Z. ___ im Arbeitgeberfragebogen (Urk. 8/12) ab, wonach die Beschwerdeführerin seit Juli 2008 in einem 50 %-Pensum Fr. 34'212.90 verdient hätte (Urk. 8/12/ Ziff. 2.11), ohne jedoch Anpassungen an der Lohnentwicklung vorzunehmen (Urk. 8/25/6, Urk. 8/33/2). Hochgerechnet auf ein 60 %-Pensum ergab dies gemäss Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen von Fr. 41'054.40 (Urk. 8/33/2). Dieser Betrag blieb unbestritten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In den IK-Auszügen (Urk. 8/6) sind jedoch neben dem Einkommen bei der Z. ___ auch zusätzliche, von der Beschwerdeführerin nur zum Teil geltend gemachte (siehe E. 2.3) Erwerbseinkommen bei der Firma A. ___ AG sowie für das Jahr 2006 zusätzlich bei B. ___ AG, aufgeführt (Urk. 8/6/3). Gestützt auf diese Auszüge ergibt sich ein durchschnittliches Valideneinkommen der Jahre 2002-2005 von Fr. 44'173.--, angepasst an die Nominallohnentwicklung (Die Volkswirtschaft 6-2006 und 3-2011 Tabelle B10.3, Index 2004 = 2'360, Index 2009 = 2'552) im Jahr 2009 von Fr. 47'767.-- (Fr. 44'173.-- : 2334 x 2552). Es ist vorliegend von diesen Zahlen auszugehen.

5.5 Ä Ä Ä Ä Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der 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 Ä (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).

5.6 Ä Ä Ä Ä 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).

5.7. Die Beschwerdegegnerin ging im Rahmen der Invaliditätsbemessung aufgrund der Annahme, die Beschwerdeführerin könne weiterhin ihre angestammte Tätigkeit ausüben, vom gleichen Einkommen aus wie beim Valideneinkommen (Urk. 8/33/2). Angesichts des medizinischen Zumutbarkeitsprofils rechtfertigt es sich aber, das Invalideneinkommen gestützt auf die Lohnstatistik gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) zu ermitteln, geht die Beschwerdeführerin doch seit der Kündigung per Ende März 2009 (Urk. 8/12 Ziff. 2.1) auch keiner (in den Akten ausgewiesenen) Arbeit mehr nach.

Die Beschwerdeführerin ist in einer angepassten Tätigkeit gemäss Einschätzungen von Dr. F. (Urk. 8/16/8) und den Ärzten des M. (Urk. 8/24/7) zu 100 % arbeitsfähig. Da sie aus gesundheitlichen Gründen auf wechselbelastende und körperlich leichte Arbeitsstellen angewiesen ist, muss sie aufgrund ihres Leidens im Vergleich zu Gesunden mit einer gewissen Lohneinbusse rechnen. Dies rechtfertigt einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn. Geht man vom maximalen Abzug von 25 % aus, welcher indes nicht gerechtfertigt ist, ergibt sich Folgendes:

5.8. Unter Berücksichtigung des Zentralwerts für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) für Frauen im gesamten privaten Sektor der Tabelle TA1 der LSE 2008 von Fr. 4'116.--, einer durchschnittlichen betrieblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahre 2009 von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 3-2011 S. 90 Tabelle B9.2), der Nominallohnentwicklung im Jahre 2009 von 2.1 % (Die Volkswirtschaft, a.a.O. S. 95 Tabelle B10.2) sowie eines Abzuges vom Tabellenlohn von 25 % resultiert bei einer 85%igen Anstellung ein Invalideneinkommen von rund Fr. 33'515.-- (Fr. 4'116.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.021 x 0.75 x 0.85). Bei Annahme eines Arbeitspensums von 60 % errechnet sich ein Invalideneinkommen von Fr. 23'658.--.

5.9. Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 47'767.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 33'515.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 14'252.--, was einer Einschränkung von 29.84 % entspricht. Bei einem angenommenen Anteil des erwerblichen Bereichs von 85 % (vgl. E. 2.3) ergibt dies einen Teilinvaliditätsgrad von 25.36 % (29.84 x 0.85) respektive bei einem 60%igen Pensum einen solchen von 17.90 % (29.84 x 0.6).

6. Im Haushaltsbereich verzichtete die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid auf eine Haushaltsabklärung, da eine Einschränkung im Haushalt vorliegend keinen Einfluss auf eine Rentenleistung hätte (Urk. 2). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Selbst bei der Annahme der aus Sicht der Beschwerdeführerin bestmöglichen Variante mit einem erwerblichen Teilinvaliditätsgrad von rund 30 % (vgl. E. 5.9), müsste für einen Rentenanspruch ein Teilinvaliditätsgrad im Haushalt von 10 % resultieren, was bedeuten würde, dass die Beschwerdeführerin zu rund 70 % im Aufgabenbereich eingeschränkt sein müsste, was gestützt auf die Akten ausgeschlossen werden kann. Bei diesem Ergebnis erörtern sich auch dazu Weiterungen betreffend den Status gemäss den Annahmen der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 5.9).

Es ist daher festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Demgemäss erweist sich die angefochtene Verfügung als zutreffend und die dagegen erhobene Beschwerde ist

abzuweisen.

7. 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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterlegenen Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

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:

- DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG
- 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.