

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00695 vom 10. Juli 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00695

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00695 du 10 juillet 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00695 del 10 luglio 2012

Erwägungen

E. 3

3.1 Mit Bericht vom 14. September 2009 (Urk. 8/8/1-4) bestatigte die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. Z.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, unter Bezugnahme auf die Abklärungen bei den Ärzten des Stadtsitals A.____, welche während der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 23. März bis 2. April 2009 eine akute psychosoziale Belastungssituation sowie einen chronischen Alkoholkonsum diagnostiziert hatten (Urk. 8/8/5-7), zuhanden der Beschwerdegegnerin lediglich die Diagnose der psychosozialen Belastungssituation und nannte zusätzlich Asthma seit Jahren als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1).

Dr. Z.____ berichtete über die seit 20. Februar 2009 bestehende Arbeitslosigkeit der Beschwerdeführerin, welche zunehmend Existenzängste habe. Dies führe zu einer generalisierten Schwäche (Ziff. 1.4). Dr. Z.____ erachtete die Beschwerdeführerin deshalb in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig vom 3. April bis 30. Juni 2009 (Ziff. 1.6).

3.2 Med. pract. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Oktober 2009 (Urk. 8/11 Ziff. 1.1) eine depressive Episode schweren Grades mit somatischem Syndrom (F32.21) nach akuter Belastungsreaktion (F43.0) bei Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) sowie auf Alkoholabhängigkeit (F10.24). Im Bericht hielt Dr. B.____ des Weiteren fest, dass die Beschwerdeführerin durch psychische Belastungen, verminderte kognitive Funktionsfähigkeit und Angst in ihrer körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt (Ziff. 1.7) und als gelernte kaufmännische Angestellte respektive Kassiererin seit 20. Februar 2009 bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig sei (Ziff. 1.6). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit seit höchstens vier Stunden täglich (halbtags) bei gut überschaubarer, strukturorientierter und einfacher Tätigkeit zumutbar, wobei das genauere Belastungsprofil noch ausstehend sei und ab zirka Frühjahr 2010 von einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin im Umfang von 50 % in geschützter Umgebung im Sinne eines Arbeitstrainings, zur schrittweisen Erhöhung der Belastbarkeit, auszugehen sei (Ziff. 1.7 und 1.9).

3.3 Am 17. Oktober 2009 erstattete Dr. med. Dipl.-Psych. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dem Krankentaggeldversicherer der Beschwerdeführerin nach psychiatrischer Untersuchung vom 14. Oktober 2009 sein Gutachten (Urk. 8/8/14/3-14) und nannte ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.24) sowie eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) als Diagnose mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. IV).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung führte Dr. C.____ aus, es liege bei der Beschwerdeführerin eine depressive Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit sowie ein Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit vor, wobei als sogenannte Zusatzsymptome verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie Schlafstörungen feststellbar seien. Als somatische Symptome lägen eine Interessenminderung, ein Verlust der Freude an sonst angenehmen Tätigkeiten, eine psychomotorische Hemmung und eine Appetitverminderung vor (S. 8 oben). Darüber hinaus stellte Dr. C.____ bei der Beschwerdeführerin eine Alkoholabhängigkeitserkrankung fest, da das von der Beschwerdeführerin vor ihrer Hospitalisation beschriebene Alkoholkonsumverhalten für eine erhebliche Toleranz spreche, die Beschwerdeführerin trotz stationärer Entzugsbehandlung und Hinweise auf eine körperliche Beeinträchtigung (Lebersteatose) nicht auf ihr "Feierabendbier" verzichten wolle und - obwohl die Beschwerdeführerin eigentliche Entzugssymptome wie zum Beispiel Zittern, Übelkeit verneint habe - der Bericht über die Alkoholentzugsbehandlung im Spital A.____ die Abgabe der Medikation Temesta beschreibe (S. 8 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die psychophysische und psychosoziale Leistungsfähigkeit werde durch die vorliegende Störung erheblich beeinträchtigt. Aus psychiatrischer Sicht liege zum Untersuchungszeitpunkt keine verwertbare Arbeitsfähigkeit in jedweder Tätigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft vor (S. 10). Es sei aus heutiger Sicht von einem mindestens mehrmonatigen Behandlungs- und Heilverlauf auszugehen. Eine Wiedereingliederung in einen Arbeitsprozess dürfte, einen positiven Behandlungs- und Heilverlauf vorausgesetzt, realistisch nur über einen geschätzten Arbeitsrahmen erfolgversprechend sein (S. 10 unten).

3.4 Ä Ä Ä Ä Med. pract. B.____ berichtete am 1. März 2010 der Taggeldversicherung der Beschwerdeführerin (Urk. 8/15) von einer schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom. Er führte aus, im Verlaufe der Behandlung hätten sich Schwankungen im Schweregrad der depressiven Symptomatik gezeigt, welche zum Verdacht auf eine zugrunde liegende kombinierte Persönlichkeitsstörung geführt hätten. Einschränkungen seien vorhanden durch verminderte körperliche Belastbarkeit, durch verminderte kognitive Funktionsfähigkeit, durch psychische Belastungen, durch Angst. Die Ausdauer sei gering, die Konzentration eingeschränkt, es liege schnelle Ermüdbarkeit vor, die Auffassung sei vermindert und das Umsetzen praktischer Arbeiten sei eingeschränkt (S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Med. pract. B.____ erachtete gut überschaubare, strukturorientierte und einfachere Büroarbeiten im Rahmen von zirka vier Stunden täglich ab April 2010 für möglich (S. 2 Ziff. 2).

3.5 Ä Ä Ä Ä In seiner Stellungnahme vom 7. Juli 2010 (Urk. 8/16) hielt Dr. C.____ fest, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit etwa Februar 2009 bestehe (S. 1) und sowohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit bis zum Untersuchungsdatum (14. Oktober 2009) von einer durchgehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jedweder, den Fähigkeiten der Beschwerdeführerin entsprechenden Arbeitstätigkeit, auszugehen sei (S. 2 oben). Die Störung (mittelgradig depressive Episode sowie Alkoholabhängigkeitserkrankung) habe Krankheitswert,

psychosoziale Faktoren ständen nicht im Vordergrund (S. 2 Mitte). Angesichts des Verlaufs der vorliegenden Störung sei die Alkoholsucht überwiegend wahrscheinlich als eine sekundäre Erkrankung zu beurteilen. Eine stationäre Alkoholentzugsbehandlung und längerfristige Alkoholentwöhnungstherapie sei angezeigt und zumutbar (S. 2 unten).

3.6 Am 14. Dezember 2010 berichtete Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, der Beschwerdegegnerin, er kenne die Beschwerdeführerin seit Juni 2010. Diese leide schon seit längerer Zeit an einer schweren beinbetonten Ataxie und an einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung. Weitere Diagnosen seien mittelschwere Depression bei sozialer Phobie, Hirnatrophie sowie Muskelatrophie weit über die normale Sarkopenie. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Leistungsfähigkeit im täglichen Leben eingeschränkt, hinzu komme eine Geh- beziehungsweise Gangunsicherheit. Eine Arbeitsfähigkeit - auch eine teilzeitige - werde nicht mehr in Frage kommen (Urk. 8/31).

3.7 Mit Schreiben vom 20. Dezember 2010 (Urk. 8/32) an die Beschwerdegegnerin korrigierte med. pract. B.____ seine im Bericht vom 12. Oktober 2009 gemachte Prognose (vorstehend E. 3.2) dahingehend, dass aufgrund der weiterhin bestehenden psychischen Symptomatik und der damit verbundenen Einschränkungen sowie gestützt auf die Berichte von Dr. D.____ die Beschwerdeführerin dauerhaft ausser Stande sein werde, ihre Arbeitstätigkeit je wieder aufzunehmen.

3.8 Mit Bericht vom 24. März 2011 (Urk. 8/35) nannte Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie FMH, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine zerebelläre Ausfallsymptomatik noch unklarer Genese (Ziff. 1.1), wobei er zur Arbeitsfähigkeit keine weiteren Angaben machen konnte, da er die Beschwerdeführerin nur ein einziges Mal konsiliarisch am 2. November 2010 gesehen habe (Ziff. 1.6).

3.9 Nach den durch die Beschwerdegegnerin beim RAD veranlassten und am 14. März 2011 durch Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, und Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, durchgeführten Untersuchungen, wurden in den Berichten vom 1. April 2011 (Urk. 8/37-39) folgende Hauptdiagnosen gestellt (Urk. 8/37/4 Ziff. 9, Urk. 8/39/4 Ziff. 11):

- ataktische Gangstörung und Intentionstremor bei Verdacht auf cerebelläre Ataxie und Polyneuropathie, insbesondere der unteren Extremitäten
- Anstrengungsdyspnoe bei Verdacht auf leichte chronisch obstruktive Pneumopathie (COPD)
- knapp ausreichender Allgemeinzustand mit Neigung zu Untergewicht und muskulärer Schwäche
- Status nach Anpassungsstörung mit erheblicher depressiver Symptomatik, gegenwärtig remittiert (F43.21)
- nicht näher bezeichnete Angststörung (F41.9)
- Status nach erheblichem Alkoholmissbrauch, unbekannter aktueller Alkoholkonsum (F10.1)

Dr. F.____ führte aus, aus somatischer Sicht würden im Vordergrund die neurologischen Symptome mit einer leichten ataktischen Gangstörung infolge einer

wahrscheinlich cerebellären Ataxie und einer Polyneuropathie stehen. Auch der leichte Tremor der oberen Extremitäten dürfte am ehesten cerebellär bedingt sein. Schliesslich imponiere ein höchstens ausreichender Allgemeinzustand mit Neigung zu Untergewicht und fehlender Entwicklung, weswegen Tätigkeiten verbunden mit hinstufigem Gehen und Stehen ausgeschlossen und auch motorisch anspruchsvolle Tätigkeiten ungenügend sowie vermehrter Pausenbedarf plausibel seien (Urk. 8/37/1-6 S. 4 oben). Aufgrund der genannten Diagnosen und Befunde sei die Tätigkeit als Kassiererin im Verkauf nicht mehr zumutbar. Hingegen sei eine körperlich leichte, vorwiegend im Sitzen auszuführende Tätigkeit im Umfange von zirka 50 % möglich. Dabei soll es sich um eine Tätigkeit handeln, die keine Ansprüche an manuelle Geschicklichkeit stelle, keine Ansprüche an die Verantwortung stelle und auch dem vermehrten Pausenbedarf der Beschwerdeführerin Rechnung trage, wobei dieser im Umfang der 50%igen Leistungsfähigkeit bereits eingerechnet sei (S. 4 Ziff. 10).

Dr. G. ___ stellte in psychiatrischer Hinsicht fest, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Flexibilität im Gespräch eingeschränkt sei, im Denken etwas verlangsamt, möglicherweise kognitiv gegenüber früher leicht eingeschränkt, jedoch nicht depressiv und bis auf die von ihr geschilderte Angstsymptomatik psychopathologisch wenig auffällig sei (Urk. 8/39 S. 4).

Zusammenfassend sei nach Lage der Akten ein erheblicher Alkoholkonsum bekannt, ausserdem würden körperliche Folgeschäden des Alkoholkonsums bestehen. Es falle keine depressive Stimmungslage mehr auf, was die Beschwerdeführerin mit Hinweis auf den durch Behandlung ihrer Ärzte und Psychopharmaka erzielten remittierenden Zustand bestätige. Offenbar sei es der Beschwerdeführerin möglich gewesen, trotz ihres Alkoholkonsums über eine längere Zeit zu 100 % arbeitsfähig zu sein. Nach einem Sturz auf dem Eis und der Kündigung sei eine Dekompensation mit Zunahme des Alkoholkonsums und erheblicher depressiver Problematik erfolgt. Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung hätten nicht gefunden werden können (S. 4 Ziff. 12).

Die Ärztin erachtete die Beschwerdeführerin für komplizierte Büroarbeiten und für eine Arbeit unter Druck als Kassiererin seit Februar 2009 für vollständig arbeitsunfähig. Nachdem während der ersten Zeit auch für angepasste Tätigkeiten wegen Depressivität eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, sei aus rein psychiatrischer Sicht spätestens ab 1. April 2010 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für einfache Büroarbeiten auszugehen, ab heutiger psychiatrischer Untersuchung für angepasste, einfache Tätigkeiten ohne Druck von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 5 f.).

E. 4

4.1 Das Gutachten der RAD-Ärzte Dr. F. ___ und Dr. G. ___ (vorstehend E. 3.9) ist für die streitigen Belange umfassend, basiert auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen der Experten sind mehrheitlich in nachvollziehbarer Weise begründet sowie in sich widerspruchsfrei. Darüber hinaus bestehen keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Gutachter (BGE 125 V 351 f. E. 3b/ee mit Hinweis), weshalb für die Entscheidungsfindung mit nachstehenden

Ergänzungen darauf abgestellt werden kann (vorstehend E. 1.6 und E. 1.7).

4.2 Dr. F. ___ gelangte nach einlässlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin zum Schluss, dass diese aus somatischer Sicht an einer leichten Lungenerkrankung sowie aufgrund der neurologischen Symptome an einer leichten ataktischen Gangstörung infolge einer wahrscheinlich cerebellären Ataxie und einer Polyneuropathie leide, welche eine leidensangepasste Tätigkeit im Umfange von zirka 50 % zulasse (vorstehend E. 3.9). Auch Dr. E. ___ ging in seinem Bericht vom 24. März 2011 (vorstehend E. 3.8) von einer zerebellären Ausfallsymptomatik aus. Ebenfalls berichtete Dr. D. ___ im Dezember 2010 von einer schon seit längerer Zeit bestehenden schweren beinbetonten Ataxie und einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (vorstehend E. 3.6). Damit ist aus somatischer Sicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in angestammter Tätigkeit als Kassiererin vollständig arbeitsunfähig blieb, in angepasster Tätigkeit jedoch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit sicher ab Untersuchungsdatum des RAD-Arztes am 14. März 2011 gegeben war.

4.3 Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes legte Dr. G. ___ in nachvollziehbarer und begründeter Weise dar, dass bei der Beschwerdeführerin seit Februar 2009 eine depressive Symptomatik bestand, welche sich jedoch verbesserte und zum Untersuchungszeitpunkt remittiert respektive maximal noch leichtgradig ausgeprägt war. Den Zeitpunkt der Verbesserung legte Dr. G. ___ in Anlehnung an die Beurteilung durch den behandelnden Psychiater med. pract. B. ___ vom 1. März 2010 (vorstehend E. 3.4) auf spätestens 1. April 2010 fest, wobei sie ab genanntem Zeitpunkt von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für einfache Tätigkeiten ausging, und jedenfalls ab Untersuchungsdatum, mithin ab 14. März 2011, der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht für angepasste, einfache Tätigkeiten ohne Druck, eine Arbeitsfähigkeit von 70 % attestierte (Urk. 8/39 S. 4 f. Ziff. 13). Diese Einschätzung vermag jedoch nur für Letzteres zu überzeugen, da einerseits die RAD-Ärztin die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab April 2010 nicht begründet dargelegt hat und andererseits med. pract. B. ___ am 20. Dezember 2010 (Urk. 8/32) ebendiese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (50 % ab zirka Frühjahr 2010 in geschätzter Umgebung [Urk. 8/11/4 Ziff. 1.8-9] respektive ab 1. April 2010 [Urk. 8/15 S. 2 Ziff. 2], auf welche sich Dr. G. ___ vermutlich stützte) revidiert und ausgeführt hatte, der Beschwerdeführerin sei es aufgrund der weiterhin bestehenden psychischen Symptomatik nicht mehr möglich, ihre Arbeitstätigkeit wieder aufzunehmen. Die ursprüngliche Prognose, wonach es der Beschwerdeführerin möglich sein könnte, im Frühjahr 2010 einen Arbeitseinstieg in geschätzter Umgebung zu planen, habe sich nicht bewahrheitet. Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C. ___ ging zum Zeitpunkt seiner Begutachtung am 14. Oktober 2009 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit aus (Urk. 8/14 S. 12) und wies darauf hin, dass von einem mindestens mehrmonatigen Behandlungs- und Heilverlauf auszugehen sei und eine Wiedereingliederung in einen Arbeitsprozess realistisch nur über einen geschätzten Arbeitsrahmen erfolgversprechend wäre (S. 13 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann spricht nicht zuletzt der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin in psychiatrische Behandlung begab, für eine längerdauernde depressive Symptomatik. Ansonsten finden sich in den Akten keine weiteren Berichte, welche zuverlässig Aufschluss über den Verlauf des psychischen Leidens der

Beschwerdeführerin geben würden, weshalb sich die rückwirkende Beurteilung der Frage, wann sich die depressive Symptomatik verbessert hat (von einem sich in Zukunft verbessernden Gesundheitszustand ging auch Dr. C. ___ aus, wobei er kein Datum nannte; Urk. 8/14), als schwierig herausstellt. Jedenfalls kann mit RAD-Ärztin Dr. G. ___ davon ausgegangen werden, dass sicher ab Untersuchungsdatum vom 14. März 2011 eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes vorliegt, die nunmehr eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten zur Folge hat.

4.4. Was die Diagnose der Alkoholabhängigkeitserkrankung angeht, welche aus den bei den Akten liegenden Arztberichten einheitlich zu entnehmen ist, wobei zuletzt Dr. G. ___ lediglich von einem Status nach erheblichem Alkoholmissbrauch und gegenwärtigem unbekanntem Alkoholkonsum ausging (vgl. Urk. 8/39 S. 4), ist festzuhalten, dass eine Alkoholabhängigkeit für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet (vorstehend E. 1.3). Dr. C. ___ hielt in seiner Stellungnahme zuhanden der Beschwerdegegnerin am 7. Juli 2010 fest, dass die Alkoholsucht überwiegend wahrscheinlich als eine sekundäre Erkrankung zu beurteilen sei (vgl. Urk. 8/16 S. 2 Ziff. 5). Er hielt eine Alkoholentzugsbehandlung als angezeigt und zumutbar (Urk. 8/16 S. 2 Ziff. 6). Am 10. November 2010 wurde der Beschwerdeführerin eine Schadenminderungspflicht in Form einer ärztlich kontrollierten Alkoholabstinenz auferlegt (Urk. 8/25). Anlässlich der Untersuchung durch RAD-Ärztin G. ___ am 14. März 2011 gab die Beschwerdeführerin an, heute nur noch mäßig Alkohol zu konsumieren (Urk. 8/39 S. 3 Ziff. 9). Eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge der Alkoholerkrankung lässt sich jedenfalls nicht festhalten.

4.5. Anzumerken bleibt, dass von zusätzlichen medizinischen Abklärungen keine weiteren Erkenntnisse zu einem allfälligen früheren Zeitpunkt der Verbesserung der depressiven Symptomatik der Beschwerdeführerin zu erwarten sind, weshalb darauf verzichtet werden kann.

4.6. Somit ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin spätestens seit 14. März 2011 ein Status nach Anpassungsstörung mit erheblicher depressiver Symptomatik, gegenwärtig remittiert, eine nicht näher bezeichnete Angststörung sowie ein Status nach erheblichem Alkoholmissbrauch bestand, die sich gemäss nachvollziehbarer und plausibler Einschätzung durch Dr. G. ___ zum Zeitpunkt ihrer Begutachtung zu 30 % einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auswirkten.

4.6. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin spätestens seit 14. März 2011 für leidensangepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Einschränkungen 50 % betrug, womit sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, ausgehend von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit seit Februar 2009, entgegen der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) erst ab 14. März 2011 rentenrelevant veränderte.

5. **5.1.**

5.1. Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkung aufgrund eines Einkommensvergleichs vorzunehmen.

5.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

5.3 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Es ist in der Regel vom letzten Lohn, welchen die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] I 42/01 vom 16. Mai 2001, mit Hinweisen). Diese Praxis wird mit der empirischen Feststellung begründet, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall in der Regel weitergeführt worden wäre (Urteil des EVG I 97/00 vom 29. August 2002).

5.4 Für das Valideneinkommen ist demnach auf das zuletzt bei der Y.____ erzielte Einkommen abzustellen. Nicht gefolgt werden kann hierzu der Auffassung der Beschwerdeführerin, wonach sie diese Stelle, welche eigentlich unter ihrem Niveau und Ausbildungsstand sei, nur angenommen habe, um ihre Arbeitslosigkeit zu beenden und sie damals bereits unter den psychischen Erkrankungen gelitten habe, weshalb sie in die Kategorien 1 und 2 (Grosshandel) gehöre und dementsprechend von einem Jahreslohn von Fr. 82'428.-- beziehungsweise teurer angepasst Fr. 85'931.20 auszugehen sei (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2.2). Gestützt auf die Akten trat die Beschwerdeführerin am 1. März 2004 in das Arbeitsverhältnis mit der Y.____ ein (Urk. 8/12 Ziff. 2.1) und damit rund fünf Jahre vor Erkrankungsbeginn im Februar 2009 (vgl. Urk. 8/11 Ziff. 1.1, Urk. 8/16), weshalb die gesundheitliche Beeinträchtigung bei der Stellenwahl keine Rolle gespielt haben konnte. Auch wenn man der Beschwerdeführerin Glauben schenkt, wonach sie die Tätigkeit bei der Y.____ nur aufnahm, um ihre Arbeitslosigkeit zu beenden (vgl. IK-Auszug Urk. 8/9), so ist dennoch nicht ersichtlich, warum sie dann bis zum Eintritt ihres Gesundheitsschadens respektive der Kündigung bei diesem Arbeitgeber geblieben ist und sich nicht vorher eine andere Stelle gesucht hatte, welche unter Umständen ihren Qualifikationen eher entsprochen hätte.

5.4 Für das Jahr 2009 ermittelte die Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen von Fr. 52'000.-- (Urk. 2 Verfäugungsteil 2). Aufgrund der vorliegenden Akten ist die Berechnung dieses Einkommens nicht zu beanstanden (vgl. Urk. 8/12 Ziff. 2.10 und Urk. 8/23), weshalb davon auszugehen ist.

5.5 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Gibt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der -

kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr tatsächlich verdiente Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches effektives 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 statistische Werte (Tabellenlöhne) beigezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

5.6. Da die Beschwerdeführerin seit 18. Februar 2009 respektive seit Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses per 31. Oktober 2009 (Urk. 8/12 Ziff. 2.1, Ziff. 2.3) keiner Arbeit mehr nachging respektive die ihr verbliebene Restarbeitsfähigkeit nicht verwertete, rechtfertigt es sich, das Invalideneinkommen anhand der Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) zu bestimmen. Die von den RAD-Ärzten festgestellte Restarbeitsfähigkeit von 50 % ab 14. März 2011 in einer adaptierten Tätigkeit ist zwar nicht auf bestimmte Wirtschaftszweige beschränkt. Die Ärzte erachteten jedoch eine körperlich leichte, vorwiegend im Sitzen auszuführende Tätigkeit wie zum Beispiel eine einfache Büroarbeit für zumutbar (Urk. 8/37 S. 4 Ziff. 10, Urk. 8/39 S. 5), weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Total der LSE-Tabellenlöhne des Sektors 3 (Dienstleistungen) abstellte (vgl. Urk. 8/23). Gemäss LSE-Tabelle A1, Dienstleistungssektor, Anforderungsniveau 4, lag der Durchschnittslohn im Jahr 2008 für eine Frau bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden bei Fr. 4'089.--. Aufgerechnet auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2009 (vgl. die Volkswirtschaft 1/2-2012 Tabelle B9.2, Sektor 3) und angepasst an die Nominallohnentwicklung im Jahr 2009 von 2.1 % (vgl. die Volkswirtschaft, a.a.O., Tabelle B10.2) ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 52'227.60 (Fr. 4'089.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.021). Unter Berücksichtigung der 50%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 26'113.80.

5.7. Zu beurteilen bleibt, ob und in welchem Umfang ein sogenannter Leidensabzug auf dem Invalideneinkommen vorzunehmen ist.

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).

5.8 Die Beschwerdeführerin gewählte unter Hinweis darauf, dass bereits im Einkommensvergleich das Niveau einfache und repetitive Tätigkeiten berücksichtigt worden sei, keinen invaliditätsbedingten Abzug (Urk. 8/23).

Angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin ihre letzte Tätigkeit als Kassiererin aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann und gemäss Anforderungsprofil nur noch körperlich leichte, vorwiegend im Sitzen auszuführende Tätigkeiten ohne Ansprüche an manuelle Geschicklichkeit sowie ohne Ansprüche an Verantwortung zumutbar sind, rechtfertigt sich unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände ein Abzug von höchstens 10 %. Das Invalideneinkommen beläuft sich demnach auf Fr. 23'502.40 (Fr. 26'113.80 x 0.9).

5.9 Aus der Gegenüberstellung des Validen- und des Invalideneinkommens ergibt sich ein Erwerbsausfall von Fr. 28'497.60 (Fr. 52'000.-- minus Fr. 23'502.40) und damit ein Invaliditätsgrad von 54.80 %, was - selbst unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges - im Ergebnis der von der Beschwerdeführerin ermittelten halben Invalidenrente entspricht.

6. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen und unter Berücksichtigung der in Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) statuierten dreimonatigen Anpassungsfrist ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ab März 2010 Anspruch auf eine ganze und ab Juli 2011 auf eine halbe Invalidenrente hat.

7.

7.1 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. Ausgangsgemäss sind sie hälftig der Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens steht der Beschwerdeführerin für die Kosten der Vertretung eine reduzierte Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 1'100.-- zu bemessen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 18. Mai 2011 insofern abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab März 2010 Anspruch auf eine ganze Rente und ab Juli 2011 auf eine halbe Invalidenrente hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der

Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Marc-Antoine Kämpfen
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.