

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01175 vom 29. Januar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01175

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01175 du 29 janvier 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01175 del 29 gennaio 2013

Erwägungen

E. 3

3.1 Die Verfügun g vom 28. Oktober 2005 (Urk. 7/58) respektive der Einspracheentscheid vom 11. November 2004 (Urk. 7/43) stützten sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den Arztbericht von PD Dr. med. Z. ____, FMH für Orthopädische Chirurgie, welcher in seinem Bericht vom 7. März 2003 (Urk. 7/3) einen Status nach operativer Dekompression L5/S1 links am 13. Februar 2002 sowie eine Adipositas permagna diagnostizierte und der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht nach einer postoperativen vollständigen Arbeitsunfähigkeit eine seit 1. Juni 2002 geltende Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestierte (Ziff. B). Diese Einschätzung wurde auch von Dr. med. A. ____, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, geteilt (Urk. 7/8/7-8). Aus psychiatrischer Sicht wurde durch Dr. med. B. ____, vom Sozialpsychiatrischen Zentrum C. ____, eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) seit 2001 mit einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Verkäuferin diagnostiziert, wobei der Gesundheitszustand als besserungsfähig erachtet wurde (Urk. 7/34/5). Im Haushaltsbereich ging der Arzt hingegen aus psychiatrischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 7/34/6). Anlässlich der am 17. Oktober 2003 durchgeführten Haushaltabklärung ermittelte die Abklärungsperson hingegen eine Einschränkung im Haushalt von 31% (Urk. 7/16).

3.2 Die Beschwerdegegnerin gelangte in ihrem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 11. November 2004 (Urk. 7/43) zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Umfang von 70 % als Teilerwerbstätige zu qualifizieren sei und von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit in einer wechselbelastenden Tätigkeit mit Heben von Lasten von maximal 5-10 Kilogramm ausgegangen werden könne. Nach durchgeführtem Einkommensvergleich (gemischte Methode) ermittelte die Beschwerdegegnerin einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 31 % (vgl. Ziff. 4-8). Die von der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 6. Juli 2005 (Urk. 7/48) geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung liess sich in der Folge nicht feststellen. Die Beschwerdegegnerin hielt fest, dass sowohl aus rheumatologischer als auch aus psychiatrischer Sicht keine neuen IV-relevanten Befunde vorliegen (vgl. Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. D. ____, vom 30. September 2005, Urk. 7/55/1), weshalb sie mit Verfügung vom 28. Oktober 2005 das Leistungsbegehren abwies (Urk. 7/58).

E. 4

4.1 Im Rahmen der am 1. Juli 2008 erfolgten Neuanmeldung (Urk. 7/60) um Neubeurteilung des Invaliditätsgrades gingen folgende medizinische Einschätzungen ein:

4.2. Am 28. Mai 2008 (Urk. 7/73) berichteten die Ärztinnen der Frauenklinik E. über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 14. Januar bis 2. Mai 2008, welche in Folge zunehmender depressiver Symptomatik bei Trauerreaktion nach dem Tod ihres Sohnes eingewiesen worden sei, und diagnostizierten eine rezidivierende depressive Stimmung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) bei den relevanten somatischen Diagnosen Hypertonie, Diabetes Mellitus Typ II, Hypercholesterinämie und Adipositas (Ziff. 2.1-2).

4.3. Dr. med. F., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 31. August 2008 (Urk. 7/66) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Stimmung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), sowie des Verdachts auf eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und führte aus, dass die Hauptprobleme und Behandlungsziele die Behandlung der depressiven und ängstlichen Symptomatik seien (Urk. 7/66/3). Aus rein psychiatrischer Sicht erachte er die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit für erheblich eingeschränkt. Eine Gesamtbeurteilung aus somatischer und psychiatrischer Sicht solle aber in Anbetracht der somatischen Beschwerden durch den Hausarzt vorgenommen werden (Urk. 7/66/4).

4.4. Am 18. August 2009 erstattete Dr. med. G., Fachärztin für Neurologie FMH und für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten (Urk. 7/76/1-18). Sie stützte sich auf die ihr überlassenen Akten (S. 2 ff.) und die am 2. August 2009 erfolgte psychiatrische Untersuchung (S. 10 ff.).

Die Gutachterin hielt fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin keine psychischen Beeinträchtigungen von einem Schweregrad feststellen liessen, die das Stellen einer psychiatrischen Diagnose rechtfertigen würden. Sie führte aus, dass es möglicherweise in der Vergangenheit zu einer depressiven Episode beziehungsweise zu einer ausgeprägten Trauerreaktion gekommen sei, infolge derer eine stationäre Behandlung indiziert gewesen sei. Anamnestisch scheine es auch zu früheren Zeitpunkten zu depressiven Symptomen nicht ganz klar definierbaren Schweregrades - dem Verlauf und den gewählten Behandlungsoptionen nach allerdings wahrscheinlich milder Art - gekommen zu sein. Angesichts des erhobenen psychopathologischen Befundes erstaune die Klassifizierung durch die Frauenklinik am E. als eine schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, da der Beschreibung zufolge dieser Schweregrad der damaligen Erkrankung nicht nachvollzogen werden könne. Ungeachtet dessen könne die Diagnose der generalisierten Angststörung zum Begutachtungszeitpunkt nicht bestätigt werden und eine depressive Erkrankung sei aufgrund eigener Untersuchung ebenfalls nicht zu diagnostizieren. Anamnestisch hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen eines somatischen Syndroms ergeben (S. 16). Allenfalls könne die Diagnose Angst und depressive Stimmung gemischt nach ICD-10 F41.2 diskutiert werden (S. 16 f. unten). Aufgrund der Anamnese und der Untersuchung würden sich auch keine Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung finden lassen (S. 17 oben).

Die Gutachterin attestierte der Beschwerdeführerin weder in ihrer angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (S. 17 Mitte).

4.5. PD Dr. Z.____ berichtete am 28. August 2009 der Beschwerdegegnerin, dass aus wirbelsäulen-orthopädischer Sicht eine Restarbeitsfähigkeit von 30-40 % bestehe, welche aufgrund der lumbospondylogenen Beschwerden mit eingeschränkter Sitz- und Stehfähigkeit und Status nach operativer Behandlung 2002 bei gleichzeitigem Vorliegen einer Adipositas permagna und den Zusatzdiagnosen arterielle Hypertonie, substituierte Hypothyreose, Migräne und verschiedenen Allergien, auch bei bestem Willen der Beschwerdeführerin nicht erweitert werden könne (Urk. 7/77/1 Ziff. 1.1 und Urk. 7/77/5).

4.6. Dr. med. H.____, Oberarzt Anästhesiologie FMH, spezielle Schmerztherapie, Spital I.____, nannte gestützt auf die ambulante Behandlung vom 1. November 2006 bis 13. November 2008 und die stationäre Behandlung vom 1. bis 2. März 2007 in seinem Bericht vom 8. September 2009 (Urk. 7/78/1-3) zu Handen der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1):

- chronisch linksseitige Lumboischialgien bei S1 Radikulopathie, Status nach Bandscheibenvorfall L5/S1 mit nachfolgender Dekompression L5/S1 links am 13. Februar 2002

- Migräne ohne Aura

- Depression als unabhängig schmerzverstärkender Faktor mit intermittierend schweren depressiven Episoden

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Arzt eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie, einen Status nach Benzodiazepinabusus, eine Unverträglichkeit für transdermales Buprenorphin, ein transdermales Fentanyl sowie ein retardiertes Morphin.

Dr. H.____ berichtete von einer hochgradig chronifizierten Schmerzerkrankung, einerseits mit somatischem Korrelat (Lumboischialgie links mit S1 Radikulopathie), andererseits mit psychosomatischem Anteil (Depression und Belastungsstörung), wobei er hierzu auf das psychiatrische Konsilium von Dr. L.____ vom 14. bis 21. November 2006 verwies (S. 3 Ziff. 1.11; vgl. Urk. 7/78/4-5).

4.7. Dr. med. J.____, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 21. September 2009 (Urk. 7/79) der Beschwerdegegnerin gestützt auf den Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 31. März 2009 (Urk. 7/80/1-2), in welchem die Beschwerdeführerin vom 23. bis 31. März 2009 hospitalisiert war, bei bekannter Diagnose über eine hypertensive Herzkrankheit, aktuell rezidivierende hypertensive Entgleisung, welche eine Angabe des Belastungsprofils verunmöglichen würde.

4.8. Die Beschwerdegegnerin liess die Beschwerdeführerin am 1. Dezember 2009 durch den RAD orthopädisch untersuchen.

Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 23. Dezember 2009 (Urk. 7/86) ein Funktions- und Belastungsdefizit des Rumpfes und des linken Beines mit/bei chronisch rezidivierenden lumboischialgieformen Beschwerden links mit/bei einem postoperativ weiter bestehenden inkompletten sensomotorischen Funktionsdefizit S1 links mit/bei Status nach lumbaler Bandscheibenoperation, sowie eine chronische Migräne und anamnestisch eine Angst- und depressive Störung gemäss Gutachten von Dr. D.____ (S. 4 Ziff. 9).

Er führte aus, im Rahmen der Untersuchung sei bei der Beschwerdeführerin rein somatisch eine mässige Funktions- und Belastungsminderung der Wirbelsäule und des linken Beines festgestellt worden. Da sich die von der Beschwerdeführerin geschilderten körperlichen Funktionseinschränkungen im Wesentlichen nicht mit den erhobenen objektiven Befunden begründen lassen würden, werde eine explorative Quantifizierung der verwertbaren Restarbeitsfähigkeit im Rahmen einer EFL empfohlen (S. 4 Ziff. 10).

Am 18. Juni 2010 berichteten die Ärzte und Therapeutin der Rehaklinik Y. über die Resultate der am 26. und 27. Mai 2010 durchgeführten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL, Urk. 7/92) und nannten folgende Diagnosen gemäss Akten (S. 1):

- Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links Februar 2002
- Adipositas permagna
- arterielle Hypertonie
- generalisierte Angststörung
- rezidivierende depressive Episoden
- Migräne

Sie führte aus, bei Status nach Diskushernienoperation vor acht Jahren seien gewisse Residuen in Bezug auf Kraft und Sensibilität linksseitig zu objektivieren. Das hohe Körpergewicht der Beschwerdeführerin akzentuiere die Problematik zusätzlich. Aus medizinisch-rehabilitativer Sicht wäre neben einer erheblichen Gewichtsreduktion auch ein leichtes, adaptiertes Ganzkörpertraining zu empfehlen. Während der Testung habe man den Eindruck einer zum Teil erheblichen psychischen Belastung gehabt, besonders eindrücklich, als der Untersucher nach der Zahl der Kinder gefragt, und die Beschwerdeführerin dann kurz den Tod ihres Sohnes erwähnt habe (S. 3 oben).

Die Fachleute erachteten die berufliche Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Hausangestellte für nicht mehr zumutbar, da die Anforderungen zu hoch seien. Zumutbar sei hingegen eine leichte ganztägige Arbeit mit folgenden speziellen Einschränkungen: kein Knien und Kriechen, keine Hockstellung, keine wiederholten Kniebeugen, keine Zwangspositionen des Rumpfes, kein wiederholtes Treppensteigen, keine länger dauernden Arbeiten in vorgeneigter Stellung. Längeres Sitzen sollte nach jeweils 45 Minuten, längeres Stehen/Gehen nach maximal 60 Minuten Stehen unterbrochen werden können (S. 3 unten).

RAD-Arzt Dr. K. nahm am 29. Juni 2010 Stellung zum Bericht betreffend Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit. Gestützt auf diesen Bericht sei ab Mai 2009 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hausangestellte auszugehen. Eine angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aber vollumfänglich zumutbar (Urk. 7/97/6-7).

E. 5

5.1 Aus den genannten ärztlichen Beurteilungen geht hervor, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor an Rückenschmerzen leidet. Aus orthopädischer Sicht bestehen gemäss den Angaben des behandelnden Orthopäden PD Dr. Z.

weiterhin hauptsächlich lumbospondylogene Beschwerden bei Discopathie L5/S1 im Nachgang zu einer operativen Dekompression links und eine ausgeprägte Adipositas (vgl. Urk. 7/53/1, Urk. 7/77/5). Sodann bestand im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 11. November 2004 (Urk. 7/43) eine Schmerzausstrahlung im Bereich des linken Beines (vgl. Urk. 7/8/7). Anlässlich der Untersuchung vom 1. Dezember 2009 durch den RAD-Arzt wurde eine mässige Funktions- und Belastungsminderung der Wirbelsäule und des linken Beines beschrieben (vorstehend E. 4.8). Im Einspracheentscheid vom 11. November 2004 sowie auch in der Verfügung vom 28. Oktober 2005 wurde von einer zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen. Im Verfahren der Neuanschätzung wurde zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit eigens eine EFL durchgeführt (vgl. vorstehend E. 4.9).

Das ist die EFL in einer Situation wie der vorliegenden besonders geeignet ist, die belastungsmässigen und ergonomischen Anforderungen an eine leidensangepasste Tätigkeit möglichst objektiviert zu ermitteln, zeigt sich im differenzierten Belastungsprofil (vgl. Urk. 7/92/4-10), welches anlässlich der EFL erstellt wurde. So kamen die Fachleute zum Schluss, dass die berufliche Tätigkeit als Hausangestellte nicht zumutbar sei, jedoch andere leichte Tätigkeiten möglich sein sollten. Nennenswerte Einschränkungen wurden wie folgt angegeben: kein Knien und Kriechen, keine Hockstellung, keine wiederholten Kniebeugen, keine Zwangspositionen des Rumpfes, kein wiederholtes Treppensteigen, keine länger dauernde Arbeiten in vorgeneigter Stellung, wobei längeres Sitzen nach jeweils 45 Minuten und längeres Gehen und Stehen nach maximal 60 Minuten zu unterbrechen seien (Urk. 7/92/3). Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erscheint als schlüssig, zumal aus den Tests eine zuverlässige Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin mit guter Konsistenz hervorging (vgl. Urk. 7/92/3 Mitte).

Der Bericht über die EFL entspricht mithin den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vorstehend E. 1.7): Er ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und ist in der Beurteilung nachvollziehbar, weshalb darauf abzustellen ist. Somit ist mit den evaluierenden Ärzten der Rehaklinik Y., mit welchen auch RAD-Arzt K. übereinstimmt (vgl. vorn E. 4.10), davon auszugehen, dass eine leichte Arbeit (ohne zeitliche Einschränkung) mit den genannten Einschränkungen zu 100 % zumutbar ist.

5.2 Somit ist in somatischer Hinsicht keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nachgewiesen, zumal die weiteren eingereichten Arztberichte (vorstehend E. 4.6, E. 4.7) keine Angaben über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin enthalten. Bei der Beurteilung durch PD Dr. Z. vom 28. August 2009, wonach bei der Beschwerdeführerin aus wirbelsäulen-orthopädischer Sicht eine Restarbeitsfähigkeit von 30-40 % bestehe (vgl. vorstehend E. 4.5), handelt es sich lediglich um eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei im Wesentlichen gleichem Sachverhalt. Zudem erfolgte diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung rund neun Monate vor den EFL-Tests (vgl. vorstehend E. 4.5). Damit ist nunmehr aus somatischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit und daher von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen, so wie das PD Dr. Z. in seinem Bericht vom März 2003 möglich hielt (vgl. Urk. 7/3/2 lit. C Ziff. 1 und Urk. 7/3/4).

5.3. In psychiatrischer Hinsicht konnte Dr. D. im neu eingeholten psychiatrischen Gutachten vom 18. August 2009 (vorstehend E. 4.4), welches grundsätzlich die praxisgemässen Anforderungen an ein Gutachten erfüllt (vorstehend E. 1.7), keine Diagnose mit Krankheitswert stellen. Sie anerkannte die Möglichkeit einer in der Vergangenheit bestandenen depressiven Episode beziehungsweise ausgeprägten Trauerreaktion, infolge derer eine stationäre Behandlung in der Frauenklinik am E. indiziert gewesen sei, hielt aber fest, dass unabhängig davon die Diagnose einer generalisierten Angststörung im Zeitpunkt der Begutachtung nicht bestätigt werden könne. Auch sei aufgrund der anlässlich der eigenen Untersuchung erhobenen psychopathologischen Befunde keine depressive Erkrankung zu diagnostizieren. Anamnestisch hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen eines somatischen Syndroms ergeben (Urk. 7/76 S. 16). Sodann wendete die Gutachterin die abweichenden Arztberichte von Dr. F. vom 31. August 2008 (vorstehend E. 4.3) und der Frauenklinik am E. vom 28. Mai 2008 (vorstehend E. 4.2) kritisch und legte nachvollziehbar und überzeugend dar, warum diesen ärztlichen Einschätzungen nicht gefolgt werden kann (vgl. Urk. 7/76 S. 17 f.).

5.4. Ebenfalls nicht abgestellt werden kann auf die medizinische Einschätzung durch Dr. H. vom Spital I., welcher im Bericht vom 8. September 2009 betreffend psychiatrische Diagnose eine Depression als unabhängig schmerzverstärkender Faktor mit intermittierend schweren depressiven Episoden nannte (vorstehend E. 4.6), zumal es sich einerseits nicht um einen Facharzt handelt, welcher hierzu befähigt gewesen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_82/2010 vom 18. März 2010 E. 3.2), und andererseits diese Diagnose auf dem (veralteten) psychiatrischen Konsilium von Dr. L. vom November 2006 (Urk. 7/78/4-5) beruhte.

5.5. Aus dem Umstand, dass im Bericht der Rehaklinik Y. betreffend die EFL der Verdacht des Vorliegens einer psychischen Störung genannt wurde (vgl. Urk. 7/92/3), kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten (vgl. Urk. 1 S. 3 f.). Denn wie erwähnt hegten die Fachleute aufgrund der Testbeobachtungen lediglich einen Verdacht auf eine psychiatrische Störung und verwiesen ausdrücklich auf das ausführliche psychiatrische Gutachten von Dr. D., aus welchem aber gerade keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hervorgeht (Urk. 7/92 S. 3; Urk. 7/76 S. 17). Der Umstand des Todes des Sohnes der Beschwerdeführerin war der Gutachterin D. sodann bekannt und wurde auch dementsprechend gewürdigt (vgl. Urk. 7/76 S. 11, S. 16). Somit vermögen die übrigen medizinischen Berichte den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. D. nicht zu schmälern.

5.6. Damit ist aus psychischer Sicht festzuhalten, dass seit dem Einspracheentscheid vom 11. November 2004 (Urk. 7/43), bzw. der Verfügung vom 28. Oktober 2005 (Urk. 7/58) keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Vielmehr erscheint der psychische Gesundheitszustand als dahingehend verbessert, dass nunmehr keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende generalisierte Angststörung mehr vorliegt (vgl. Urk. 7/34/5-7 und Urk. 7/76/1-18). Die vorliegenden medizinischen Berichte und insbesondere das Gutachten ergeben sodann keine Hinweise darauf, dass weitere medizinische Abklärungen nötig wären, und der entscheidrelevante medizinische Sachverhalt ist als hinreichend erstellt zu erachten.

5.7. Aufgrund des Gesagten ist der medizinische Sachverhalt dahingehend als erstellt zu betrachten, dass seit dem Einspracheentscheid vom 11. November 2004

respektive der Verfassung vom 28. Oktober 2005 keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der damit verbundenen Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingetreten ist. Vielmehr ist sowohl aus somatischer als auch aus psychischer Sicht von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und nunmehr von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen.

E. 6

6.1 Unbestritten blieb das Ergebnis der Haushaltabklärung vom 7. Dezember 2010. Die Abklärungsperson stellte die in den verschiedenen Haushaltsbereichen bestehenden Einschränkungen der Beschwerdeführerin fest. Die Details sind im Abklärungsbericht vom 14. Februar 2011 (Urk. 7/95) festgehalten, welcher in Nachachtung der geltenden Beweiskriterien (vgl. vorstehend E. 1.9) abgefasst wurde. Die einzelnen Einschränkungen stellte die Beschwerdeführerin nicht in Frage. Die Abklärungsperson ermittelte eine Einschränkung im Haushalt von 29.75 % (S. 7 Ziff. 6.8). Da anlässlich der Abklärung vom Oktober 2003 eine Einschränkung von 31 % resultierte (Urk. 7/16), ist auch im Aufgabenbereich keine gesundheitliche Verschlechterung ausgewiesen. Dies wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht.

6.2 Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit im Umfang von 70 % eine Erwerbstätigkeit ausüben und sich im restlichen Umfang von 30 % im Aufgabenbereich des Haushalts betätigen würde (S. 2). Die Qualifikation als Erwerbstätige im Umfang von 70 % wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und ist aktenmässig nachvollziehbar (vgl. Urk. 7/16 S. 2 Ziff. 2.5 und Urk. 7/95 S. 3 Ziff. 2.5). Davon ist daher auszugehen.

E. 7

7.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Einschränkungen. Da die Beschwerdeführerin bei der Invaliditätsbemessung als Teilerwerbstätige zu qualifizieren ist, ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung anwendbar. Damit ist zunächst die Invalidität im erwerblichen Bereich zu prüfen (vgl. vorn E. 1.5).

7.2 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten Verdienst angeknüpft (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen).

Vorliegend war die Beschwerdeführerin zuletzt im Jahr 2001 bis Januar 2002 ohne Gesundheitsbeeinträchtigung als Mitarbeiterin im Verkauf beim Warenhaus M. tätig (vgl. Urk. 7/9). Da diese Tätigkeit Jahre zurückliegt, kann mit der Beschwerdegegnerin festgehalten werden, dass sich das Valideneinkommen nicht zuverlässig aus den Akten ermitteln lässt (vgl. Urk. 2 S. 2 f.). Vielmehr sind hierbei Tabellen ohne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen.

7.3 Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin ist die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht Hausangestellte und damit sind für das Valideneinkommen nicht die Tabellen ohne für persönliche Dienstleistungen einschlägig, sondern die Beschwerdeführerin würde mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit weiterhin im Verkauf tätig sein, verlor sie diese Stelle ja aufgrund gesundheitlicher Probleme (vgl. Urk. 7/9 S. 1 Ziff. 3, Ziff. 6, Urk. 7/16 S. 2 Ziff. 2.5, Urk. 7/95 S. 3 Ziff. 2.5), weshalb auf die Tabellenlöhne des Detailhandels abzustellen ist. In Anbetracht des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin über keinen Berufsabschluss in der Schweiz verfügt und auf dem im Heimatland erlernten Beruf als Textiltechnikerin in der Schweiz nie gearbeitet hatte (Urk. 7/2 S. 4 Ziff. 6), ist auf den Lohn für Frauen, die einfache und repetitive Tätigkeiten im Detailhandel ausführen, abzustellen (LSE 2010, Bundesamt für Statistik, TA1, Ziff. 47, Niveau 4). Dieser belief sich 2010 auf monatlich Fr. 4'164.--. Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Handel von 41.9 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft, 12-2012 Tabelle B9.2) resultiert ein Valideneinkommen bei vollem Erwerbsspensum von rund Fr. 52'342.-- (Fr. 4'164.-- x 12 : 40 x 41.9). Bei einem Pensum von 70 % ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 36'639.--.

7.4 Das Invalideneinkommen ist anhand der Tabellenlöhne zu ermitteln, wobei hier auf den Wert für den gesamten privaten Sektor der Tabelle TA1 der LSE 2010 (Niveau 4) abgestellt werden kann und demgemäss von Fr. 50'472.-- (12 x Fr. 4'206.--) auszugehen ist.

Das Invalideneinkommen unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden sowie eines Abzuges von 10 % aufgrund des Belastungsprofils (vgl. Urk. 2 S. 3, Urk. 7/96/2) ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 47'242.-- beziehungsweise bei einem Arbeitspensum von 70 % von Fr. 33'069.--.

7.5 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 36'639.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'069.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 3'570.--, was einer Einschränkung von 9.7 % entspricht. Bei einem Anteil des erwerblichen Bereichs von 70 % ergibt dies einen Teilinvaliditätsgrad von 6.79 % (9.7 % x 0.7).

7.6 Betreffend den Haushaltsbereich ist von einer Einschränkung von 29.75 % auszugehen (vgl. E. 6.1). Bei der vorliegenden Gewichtung des Haushaltsbereichs mit 30 % ergibt sich damit ein Teilinvaliditätsgrad von 8.93 % (29.75 % x 0.3).

7.7 Die Addition der Teilinvaliditätsgrade im Erwerbs- und Haushaltsbereich ergibt einen Invaliditätsgrad von 15.72 %, der klar unter der rentenbegrenzenden Grenze von 40 % liegt.

8. Im Ergebnis ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 5. Oktober 2011 (Urk. 2) einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mangels einer im revisionsrechtlichen Sinne erheblichen Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse verneinte. Die gegen die Verfügung vom 5. Oktober 2011 erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

9. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind die Verfahrenskosten ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der 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:

- CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.