

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00023 vom 21. März 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00023

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00023 du 21 mars 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00023 del 21 marzo 2014

Erwägungen

E. 1.1

) . Die Beschwerdeführerin habe immer noch starke Schmerzen als Folge der Verbrennungen durch die Bestrahlungstherapie und daneben auch starke Wallungen wegen der Hormontherapie. Emotional sei sie stark belastet durch Trauer, Wut, Gereiztheit und Ängste bezüglich der beruflichen Zukunft und auch vor weiteren Krebserkrankungen. Ihr Selbstwertgefühl sei wegen der verminderten Leistungsfähigkeit und der körperlichen Versehrtheit reduziert, sie habe Alpträume und intrusive Erinnerungen bezüglich verschiedener Ereignisse in ihrer Krankheitsgeschichte, könne sich schlecht konzentrieren, sei schreckhaft und schlafe oft sehr schlecht (Ziff. 1.4). In ihrem angestammten Beruf als Pflegeassistentin sei sie zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). 3. 4

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte die Beschwerdeführerin am 15. und am 21. Juni 2010 und diagnostizierte in seinem Gutachten vom 25. Juni 2010 (Urk. 7/41) eine depressive Entwicklung im Anschluss an die Diagnose eines Mammakarzinoms mit Tumorektomie und Nachbehandlung mit Komplikationen im Sommer 2007, bei gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode (ICD10: F32.1 ; S. 8).

Dr. C.____ hielt in seiner Beurteilung fest, dass die Symptomatik seines Erachtens im Sinne einer depressiven Entwicklung reaktiv auf die Tumorerkrankung und den komplikationsreichen Verlauf einzuordnen sei. Aktuell präsentiere sich ein depressives Syndrom mit Niedergeschlagenheit, Freudverminderung, Schlafstörungen und Gedankenkreisen über die erlittene Erkrankung. Die Beschwerdeführerin leide beim Ansehen der Narbe unter intensiver Traurigkeit und könne sich mit Mühe jedoch davon ablenken; sie erwähne auch Angstgefühle bezüglich des weiteren Krankheitsverlaufes und nächtliche Alpträume. Eine eigentliche posttraumatische Belastungsstörung bestehe nicht; die Symptomatik sei im Rahmen der depressiven Entwicklung im Sinne einer chronifizierten Anpassungsstörung bei schwerer somatischer Erkrankung einzuordnen. Die psychodynamischen Überlegungen, wonach die Beschwerdeführerin ihre Identität und ihr Selbstwertgefühl überwiegend aus ihrer körperlichen Integrität und Leistungsfähigkeit beziehe und sie sekundär auf die Tumorerkrankung und Operation mit einer Depression reagiert habe und die Krankheit sowie die Behandlung mit Komplikationen sie massiv verunsichert hätten, seien nachvollziehbar. Laut Gutachter Dr. A.____ sei bei somatisch nicht vollständig erklärbaren Beschwerden eine somatoforme Schmerzkomponente zu vermuten. Die zugrunde liegenden tieferen Konflikte seien jedoch oft erst nach längerer Therapiedauer

eruiert (S. 9-10).

Aufgrund der lang dauernden depressiven Entwicklung mit gegenwärtig mittel gradiger depressiver Episode in Kombination mit dem chronischen Schmerzsyndrom sei die bisherige Tätigkeit als Pflegeassistentin nicht mehr zumutbar. Auch wenn keine eigentliche posttraumatische Belastungsstörung bestehe, sei eine Tätigkeit im Spitalbereich aus psychodynamischer Sicht ungünstig. Bei erneuten Arbeitsversuchen wäre innert Kürze eine Symptomexazerbation in Form von Schmerzen und Depression zu befürchten. Bezogen auf eine Tätigkeit als Pflegeassistentin sei daher seit Beginn der Erkrankung im Sommer 2007 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Bei der Tätigkeit als Hausfrau bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus rein psychiatrischer Sicht aufgrund des mittelgradigen depressiven Syndroms auch unter Mitberücksichtigung der somatoformen

Schmerzkomponente medizinisch - theoretisch eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % bei einer intensiven Beurteilung der leistungsmässigen und zeitlichen Einbusse. Aus psychiatrischer Sicht sei eine möglichst stressarme Tätigkeit in wohlwollender Umgebung mit über den Tag möglichst gleich verteilter Stressbelastung sinnvoll (S.

10). 3. 5

Der Chefarzt der Klinik für Radio-Onkologie, Z.____, hielt mit Berichten vom 15. beziehungsweise 22. November 2010 (Urk. 7/61 -62) fest, dass die Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit insofern eingeschränkt sei, als sie sich krank fühle und sich praktisch nur noch auf ihre Brust konzentriere. Sie fühle sich eingeschränkt dadurch, dass sie die linke Schulter nicht frei bewegen könne; jedoch wäre sie diesbezüglich durchaus arbeitsfähig. Ferner seien im Bereich der fibrosierten und osteoporotischen Rippen im Bereich der bestrahlten Mamma Rippenfrakturen entstanden, welche wieder abgeheilt seien bis auf eine, welche nach wie vor in Konsolidation begriffen sei (Urk. 7/61 Ziff. 1.7).

Das Besondere am Verlauf sei, dass die Brust mittlerweile weitgehend fibrosiert sei, das heisse, weitgehend geschrumpft, steinhart, die Haut glasig dünn und gespannt mit Gefässeinsprossungen. Das komplexe Schmerzsyndrom sei inter disziplinär behandelt worden; die Schmerzen hätten sich gebessert, sodass die Beschwerdeführerin nun nicht mehr regelmässig Schmerzmittel einnehmen müsse. Für die Beschwerdeführerin stelle die aktuelle Situation selbstverständlich einen katastrophalen Zustand dar. Es handle sich wahrscheinlich um eine massive Überempfindlichkeit auf Röntgenstrahlen, wie er sie selbst noch nie in seiner Laufbahn gesehen habe (Urk. 7/61 Ziff. 1.11). Aus seiner Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsfähig, wobei eine leichtgradig verminderte Leistungsfähigkeit wahrscheinlich sei, bedingt durch die täglich schwankende Intensität der Schmerzen (Urk. 7/61 Ziff. 1.7). Zu bemerken sei, dass der behandelnde Plastische Chirurg abweichend davon von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgehe (Urk. 7/62). 4.

4.1

Im Rahmen des Revisionsverfahrens gingen folgende Arztberichte ein: 4.2

Aus dem Bericht des Z.____ vom 10. Juni 2011, wo die Beschwerdeführerin im Frühjahr 2011 mehrfach operiert und letztmals durch Dr. med. D.____, Chefarzt Hand- und Plastische Chirurgie, behandelt worden war (Urk. 7/80 / 7 oben),

geht hervor, dass im Bereich der linken Thoraxwand eine neuropathische Schmerzsymptomatik bestehe. Nach ausgedehnter Weichteildeckung im Bereich des linken

Thorax nach Thoraxwandresektion bei ausgeprägter Thoraxwandfibrosierung mit Ulzeration und Fistelung zeige sich bis zum jetzigen Zeitpunkt eine reizlose Wundheilung. Die intraoperativ sichtbaren knöchernen Anteile des Thorax links seien avital. Auch unter ausgebauter medikamentöser Schmerztherapie bestehe keine absolute Schmerzfreiheit. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der körperlichen Bewegungseinschränkung, der eingeschränkten körperlichen Kraftverhältnisse und der anhaltenden neuropathischen Schmerzsymptomatik und ausgedehnten fibrotischen Veränderungen derzeit und auf absehbare Zeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/80/7-10). 4.3

Die Ärzte der E.____ berichteten am 27. Juni 2011 über den stationären Aufenthalt vom 8. bis zum 28. Juni 2011. In der Beurteilung hielten sie fest, dass die Beschwerdeführerin nach zahlreichen Operationen zur Deckung eines Weichteildefekts im Bereich der Thoraxwand links mit Rippenserienfraktur und Fistel bei ulzerierender Strahlennekrose thorakal links bei Status nach Mammakarzinom links zur intensiven stationären Rehabilitation zugewiesen worden sei. Unter einem multimodalen Therapieprogramm mit den Schwerpunkten Konditionsaufbau und Narbenmobilisation im Rahmen der passiven Therapien sowie Reduktion der Schmerzen habe sich im Verlauf eine zunehmend bessere körperliche Verfassung der Beschwerdeführerin gezeigt. 40 Treppentufen gehe sie sicher, die Beweglichkeit des linken Armes habe sich von Flexion 90° auf 120° verbessert, die Wundheilung sei problemlos verlaufen und die offene Stelle im Bereich der linken Achselhöhle zeige leicht überschüssiges Narbengewebe, sei aber reizlos (Urk. 7/84/3). 4.4

Dr. D.____ teilte mit Schreiben vom 26. September 2011 mit, dass sich die Weichteilsituation der Beschwerdeführerin im Bereich der Thoraxwand durch die verschiedenen Eingriffe verbessert habe. Es bleibe jedoch eine massive Fibrose der linken Thoraxwand

mit ausgeprägtem neuropathischen

Schmerzsyndrom und daraus resultierender Funktionseinschränkung der linken oberen Extremität. Die Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin im Haushalt nicht eingeschränkt sei, sei unzutreffend (Urk. 3/3 = Urk. 7/88). 4.5

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

G.____,

nannte mit Bericht vom 29. Dezember 2011 (Urk. 3/4 = Urk. 7/93 = 7/107 3-6) folgende Diagnosen (S. 3): - mittelgradige depressive Episode (F32.1) - Panikstörung (F41.0) - soziale Phobie (F40.1) - spezifische isolierte Phobie (Angst vor Schmerzen; F40.2) - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - Weichteildefekt im Bereich der Thoraxwand links mit Rippenserienfraktur und Fistel mit/bei - ulzerierender Strahlennekrose thorakal links bei Status nach Mamma-Karzinom links (Z.____

9. Mai 2011) - Mammakarzinom links mit/bei - Status nach Tumorektomie, Nachresektion und Axilladissektion am 14. August 2007 - Status nach Hämatomausräumung am 20. August 2007 - Status nach vier Zyklen adjuvanter Chemotherapie (Z.____

9. Mai 2011) - zervikales -, thorakovertebrales Syndrom - lumbovertebrales Syndrom mit/bei - spondylogener Ausstrahlung bei Fehlförmigkeit der Wirbelsäule - L4/5 Diskushernie mediolateral links, die den Rezessus

lateralis links leicht verlegt und zu einer Dorsalverlängerung der Nervenwurzel L5 links führt. Mässige Spondylarthrose . Leichte Dehydratation der Bandscheibe. L5/S1 leichte Spondylarthrose (MRI 10. November 2005, Z. 11. November 2005) - Periarthropathia

coxae links

Seit Januar 2010 habe eine Schmerzabnahme stattgefunden im Bereich der linken Brust und des linken Thorax. Hingegen liege eine deutliche Zunahme der Depression und der Ängste im Zusammenhang mit der Körperentstellung vor mit Gedankenkreisen um den Körper; die Beschwerdeführerin könne die Vernarbungsstellen kaum anfassen, es liege eine deutliche Selbstwertminderung als Frau vor. Eine Brustrekonstruktion sei wegen der Nekrose nicht möglich, daher ziehe sie sich zunehmend zurück und schränke sich in den Freizeitaktivitäten ein. Zugenommen hätten auch die Müdigkeit und die Vergesslichkeit, die Konzentration habe sich vermindert . Laut Angaben der Tochter sei die Beschwerdeführerin nachts meist wach, gehe erst um ein Uhr ins Bett, lese oder sehe fern. Autofahren könne sie noch etwa 30 Minuten. Nach mehrfachen Operationen , zuletzt mit Lebensbedrohung und Aufenthalt auf der Intensivstation im Mai 2011 , habe die Beschwerdeführerin Panik bei vielen Autos, vor lauten Geräuschen, im Bus, Zug, Einkaufszentren und habe Schweissausbrüche, Herzrasen und Atemnot. Daher habe sich die Situation seit 2011 deutlich verschlechtert (S. 4).

2). Die Entstellung des Körpers beeinträchtigt auch das Sozialverhalten, speziell gegenüber dem anderen Geschlecht, was in eine eigentliche Sozialphobie münde. Angst habe sie vor allem vor erneuten nächtlichen thorakalen Schmerzattacken , auch wenn sie keine Schmerzen habe (gegenwärtig trete eine Schmerzexazerbation über etwa 30 Minuten zwei- bis drei Mal täglich auf) , und diese begründeten eine spezifische isolierte Phobie. Zusätzlich habe sie Flashbacks von der Diagnosestellung und den nachfolgenden Operationen, speziell jener mit Lebensbedrohung . Sie leide unter

Hyperarousal , Angst vor Intrusionen und vermeide deutlich Gespräche über die Traumatisierung. Damit sei eine posttraumatische Belastungsstörung ausgewiesen (S. 3) .

Subjektiv sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig, auch für angepasste Tätigkeiten. Zum positiven Leistungsbild seien leichtes Kochen zu zählen, leichtes Putzen , leichtes Einkaufen, 30 Minuten Gehen oder Sitzen , Heben bis 5 kg, mit der linken Hand nur etwa 2 kg. Das negative Leistungsbild umfasse schwerere und längere Arbeiten ohne Ablegen, Stress und einseitige Tätigkeiten. Objektiv sei die Beschwerdeführerin auf Grund der deutlichen Einschränkungen durch die seit 2011 vorhandenen neuen Diagnosen in ihrer Arbeitsfähigkeit invalid und auch für angepasste Tätigkeiten auf Grund des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der fremdanamnestic Angaben zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 f.). Insgesamt seien daher heute die Diagnosen von Dr. C. ___ vom 25. Juni 2010 nicht aufrecht zu erhalten, und eine Verschlechterung sei seit der Operation im Jahre 2011 eindeutig aufgetreten (S. 4). 4.6

Im Bericht über die Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vom 3. Januar 2012 (Urk. 7/92) ermittelte die Abklärungsperson eine gewichtete Einschränkung von insgesamt 9.25 % im Haushalt (Ziff. 6.8), bestehend aus Einschränkungen von 15 % in der Ernährung (Ziff. 6.2), 12 % in der Wohnungspflege (Ziff. 6.3) und 25 % im Bereich Verschiedenes (Ziff. 6.7). Dabei berücksichtigte sie die

Unzumutbarkeit körperlich anspruchsvoller Aufgaben und die Schadenminderungspflicht der im gleichen Haushalt lebenden, damals 19-jährigen Tochter. Zur Frage der hypothetischen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfalle gab die Beschwerdeführerin an, dass sie bei guter Gesundheit ihre Erwerbstätigkeit im früheren Ausmass hätte weiter führen wollen. Eine Pensumsänderung sei bei Eintritt der Erkrankung nicht geplant gewesen. Sie könnte sich aber vorstellen, heute bei guter Gesundheit eventuell sogar 100 % erwerbstätig zu sein, je nachdem wie es vom Arbeitgeber her möglich wäre, und zwar ab Lehrende der Tochter im August 2011, hauptsächlich, um ihre finanzielle Situation zu verbessern. Da es sich dabei lediglich um eine mögliche Veränderung handle, ging die Abklärungsperson in der Folge von der bisherigen Qualifikation von 80 % Erwerbstätigkeit aus (Urk. 7/92 S. 3). 4. 7

Die Ärzte der H.____, Institut für Medizinische Genetik, hielten mit Bericht vom 15. März 2012 eine milde Form der Ataxia

teleangiectatica für denkbar und empfahlen eine diesbezügliche Abklärung (Urk. 7/107 S. 1-2). 4. 8

Mit Bericht vom 5. Juli 2012 (Urk. 3/5 = Urk. 7/113/4-6) stellte Dr. med. I.____, Fachärztin für Medizinische Onkologie, Hämatologie und Innere Medizin, im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 1): - wenig differenziertes, multifokales, invasiv duktales

Mammakarzinom links, Erstdiagnose 08/07 - August 2007 Tumorektomie, Nachresektion und Axillastaging - September - November 2007 4 Zyklen adjuvante Chemotherapie mit Epirubicin und Endoxan

- Januar - Februar 2008 adjuvante Radiotherapie der linken Brust mit 66 Gy und Feldverkleinerung nach 50 Gy - Dezember 2007 Beginn mit Nolvadex 20 mg/d - März 2008 Beginn eines schwersten postaktinischen Fibrosierungsprozesses im Bereich der linken Mamma und Ausbildung eines komplexen Schmerzsyndroms - September 2008 Punktion Biopsie im Bereich der linken Mamma beides ohne Tumornachweis - März - Juni 20

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; 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 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 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 oder der letzte rechtskräftige

Ein spracheentscheid , welche oder welcher 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; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

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 Vorak ten (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. 1.4

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]; 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). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabebereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts I 236/06 vom 19. Juni 2006 E. 3.2).

Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts 9C_086/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C_631/2009 vom

2. Dezember 2009 E. 5.1.2 mit Hinweisen).

E. 2

S. 2 f.).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in behinderungsangepasster Tätigkeit, von einer Einschränkung von 9.25 % im Haushaltsbereich und von einer Qualifikation von als zu 80 % im Erwerbsbereich und zu 20 % im Haushaltsbereich Tätige aus und ermittelte gestützt darauf einen Invaliditätsgrad von 51 % (Urk.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte ein, dass gemäss Arztberichten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe und dass zudem weitere Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden seien (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 2). Der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt und damit der Untersuchungsgrundsatz verletzt (Urk. 1 S. 5 Ziff. 3). Zudem sei sie im Haushaltsbereich um mehr als 9.25 % eingeschränkt, und die Einschätzung des Psychiaters, wo nach sie zu 100 % arbeitsunfähig sei, gehe dem Haushaltsabklärungsbericht vor (Urk. 1 S. 6 Ziff. 4).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum zwischen dem Erlass der Verfügung vom 24. Februar 2011 (Urk. 7/69, Urk. 7/74) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 22. November 2012 (Urk. 2) in erheblicher Weise verschlechtert hat.

E. 3.1

Die Verfügung vom 24. Februar 2011 (Urk. 7/69, Urk. 7/74), mit welcher der Beschwerdeführerin eine Viertelsrente zugesprochen wurde, beruhte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Akten:

E. 3.2

Dr. med. A.____, Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, untersuchte die Beschwerdeführerin am 2. November 2009 und nannte in seinem Gutachten vom 11. November 2009 folgende Diagnose n

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/27 S. 9) : - wenig differenziertes, multifokales, invasiv duktales

Mammakarzinom links,

Erstdiagnose August 2007 - August 20

E. 3.3

in fine).

Zwar wäre der Beschwerdeführerin angesichts dessen, dass sie aufgrund der Volljährigkeit ihrer Tochter keinen Betreuungspflichten mehr nachkommen muss, auch ein Vollpensum möglich und zumutbar. Bei der Abklärung gab sie jedoch an, dass sie ihre Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfalle im früheren Ausmass weiter geführt hätte und eine Pensumsänderung nicht geplant gewesen sei. Der Umstand allein, dass die Beschwerdeführerin sich vorstellen

könnte, heute - hauptsächlich zur Verbesserung ihrer finanziellen Situation - zu 100 % erwerbstätig zu sein, je nach Möglichkeiten beim Arbeitgeber, lässt eine Steigerung des Pensums auf 100 % noch nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen, weshalb es bei der Qualifikation als zu 80 % Erwerbstätige bleibt. 6.3

Damit ist auf die im Haushaltsabklärungsbericht ermittelte Einschränkung im Aufgabenbereich von 9.25 % und die Qualifikation von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt abzustellen. 7.

Gemäss

rechtskräftiger Verfügung vom 24. Februar 2011 (Urk. 7/69 S. 3, Urk. 7/74) betragen im Jahre 2008

das Valideneinkommen

bei einem Pensum von 80 % Fr. 53'568.-- und das Invalideneinkommen nach Berücksichtigung einer Arbeitsfähigkeit von 50 %

in leidensangepasster Tätigkeit sowie eines Leidensabzugs von 20 % Fr. 20'597.-- (4'116.--: 40 x 41.7 x 12: 2 x 0.8 ; vgl. Urk. 7/42, Urk. 7/66, Urk. 7/67 S. 3). Unter Anpassung an die Nominallohnentwicklung 2011 stellte die Beschwerdegegnerin auf diesen Einkommensvergleich ab. Aus dem Vergleich des an die Nominallohnentwicklung 2011 angepassten Valideneinkommens von Fr. 55'903.--

bei einem Pensum von 80 % mit dem Invalideneinkommen von gerundet Fr. 21'495.-- nach Berücksichtigung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit sowie eines Leidensabzugs von 20 % für das Jahr 2011

resultierte eine Lohneinbusse von Fr. 34'408.-- und demnach ein Invaliditätsgrad von 61.55 % (Urk. 2, Urk. 7/85 S. 3, Urk. 7/95 S. 4). Diese Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin

ist nicht zu beanstanden und

unbestritten (Urk. 1, Urk. 6). Unter Berücksichtigung der Qualifikation 80 % Erwerbsbereich und 20 % Aufgabenbereich (vgl. vorstehend E. 6.3) resultiert ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 51 %

(61.55 % x 0.8 + 9.25 % x 0.2), welcher den Anspruch auf eine halbe Rente begründet. 8.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 9.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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 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 zuge stellt. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Grieder-Martens

E. 07

4 Zyklen adjuvante Chemotherapie mit Epirubicin und Endoxan (130/900 mg) - Januar - Februar 20

E. 08

adjuvante Radiotherapie der linken Brust mit 66 Gy und Feldverkleinerung nach 50 Gy mit ausgedehnten paraneoplastischen Epitheliolysen - postoperative Narben mit diskreter Bewegungseinschränkung des linken Glenohumeralgelenkes, diskretem Lymphödem linker Oberarm und Schrumpfung der linken Brust mit Indurationen und zwei kleinen Spannungsblasen - Dezember 2007 Beginn mit Nolvadex 20 mg/d - Juli 20

E. 09

kein Hinweis auf ein Rezidiv

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen: - chronisch - rezidivierendes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung - keine radikuläre

Reiz- oder Ausfallkomponente - chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der linken Mamma, Hemithorax links und linker Arm - nicht ausreichend somatisch abstützbar - Schlafstörungen und Müdigkeit - leichtgradige laborchemische Hepatopathie - anamnestisch Reizmagen-Syndrom - anamnestisch Rhinokonjunktivitis

pollinosa mit Sensibilisierung auf Baumpollen und Hausstaubmilben

Dr. A. ___ führte aus, dass insgesamt die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität teilweise auf die objektiveren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar seien (S. 13). Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die langjährige berufliche Tätigkeit als Spitalgehilfin vollständig eingeschränkt gewesen sei von Juli bis Mitte Oktober 2007, zu 50 % von Mitte Oktober bis Ende Dezember 2007,

vollständig eingeschränkt von Januar bis Ende Juni 2008 und zu 50 % eingeschränkt ab Juli 2008, wobei ihm bewusst sei, dass die Beschwerdeführerin im Dezember 2008 und im Januar 2009 wegen der Schmerzbehandlung hospitalisiert gewesen sei und er diese Schmerzen vordergründig nicht somatisch begründen könne. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mässiggradig körperlich belastenden Arbeitsprofil bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, zumal diese Tätigkeiten in idealer Weise mit reduziertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden könnten. Für eine angepasste Verweistätigkeit liege bis Ende Juni 2008 die gleiche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wie für eine Pflegeassistentin vor; ab Anfang Juli 2008 betrage die Arbeitsunfähigkeit noch maximal 10 % . Die Verweistätigkeit beschränke sich auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wichtig , und die repetitiv zu bewegenden Gewichte sollten nicht schwerer als 7.5 bis 10 kg sein. Vermieden werden sollte der repetitive Einsatz des linken Armes oberhalb der Kopfhöhe, sofern der Ellbogen nicht abgestützt werden könne (S. 16).

Dr. A.____ erstellte das Gutachten in Kenntnis verschiedener weiterer aktenkundiger Arztberichte und führte diese detailliert auf (Urk. 7/18-19, Urk. 7/23, Urk. 7/26 ; vgl. Urk. 7/27 S. 5-8) , sodass auf deren Wiedergabe vorliegend zu verzichten ist .

E. 11

Anlage eines mikrovaskulären Latissimus

dorsi -Lappens von rechts an die A. Thorakoakromialis links - aktuell: reizlose Verhältnisse links thorakal, rechts palpatorisch unauffällige Mamma, keine auffallende Lymphadenopathie - genetisch bedingt erhöhte Strahlensensitivität bei DNA

Reparaturstörung , Erstdiagnose März 20

E. 12

- familiäre Mammakarzinomkrankung

Als Nebendiagnosen nannte sie unter anderem ein zervikovertebrales Syndrom mit muskulärer Dysbalance bei ausgeprägter Verspannung sowie eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links bei Diagnose 1 und zunehmender Asymmetrie (S. 2).

Dr. I.____ führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin ein Gendefekt, welcher zu einer erhöhten Strahlensensitivität führe, beziehungsweise mit Sicherheit eine DNA Reparaturstörung vorliege. Aufgrund des schwierigen Verlaufes sei die weitere genetische Abklärung, insbesondere auch die seit langem geplante Brustkrebsgen- Testung, geplant. Die Thoraxübersichtsaufnahme sei im Wesentlichen unauffällig. Die neurologische Untersuchung und das MRI des Schädels habe keine Pathologie ergeben. Eine rheumatologische Untersuchung habe die Problematik im Bereich des linken Hemithorax bestätigt, und die Beschwerdeführerin habe eine intensive Physiotherapie erhalten. Die Schmerzen seien chronifiziert .

Sie nehme nicht mehr regelmässig Schmerzmittel zu sich, bezeichne sich aber als „nie schmerzfrei“. Hinweise für eine erneute Aktivität des Mammakarzinoms bestünden keine. Zusammenfassend sei die Situation der Beschwerdeführerin nach wie vor unbefriedigend, dies auf verschiedenen Ebenen , und diverse Abklärungen seien am Laufen (S. 2-3). 4.9

Die Ärzte des J.____, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 12. Juli 2012 eine unklare psychomotorische Unruhe mit dystonem Kopftremor und fraglicher Wesensveränderung mit Erstmanifestation im Jahre 2008. Das späte Manifestationsalter spreche ebenso gegen eine klassische, regelmässig bis zum 20. Lebensjahr tödlich verlaufende Variante einer Ataxia

teleangiectatica wie gegen eine verwandte hereditäre Ataxie mit milderem Verlauf. In der klinischen Untersuchung fielen jedoch eine psychomotorische Unruhe, teils mit Parakinesien auf, welche aktuell formal keinen choreoathetoiden Bewegungen abläufen entsprechen. Darüber hinaus bestünden jedoch anamnestisch Hinweise auf eine Wesensveränderung in den letzten Jahren mit depressiv-impulsiven Veränderungen. Aufgrund der positiven Familienanamnese bezüglich Gangstörung und zervikalen Bewegungsauffälligkeiten seien alternativ eine erbliche Erkrankung aus dem Formenkreis der Chorea und differentialdiagnostisch trotz dem relativ grossen zeitlichen Abstand nach Auftreten des Brustkrebses eine paraneoplastische Genese in Erwägung zu ziehen (Urk. 7/113/1-3). 5.

5.1

Zusammenfassend ergibt sich aus den Arztberichten im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusage am 24. Februar 2011 (vorstehend E. 3.2-3.5) ein Status nach Brustkrebsoperation mit Verbrennungen durch die nachfolgende Strahlenbehandlung, Fibrosierung der Brust und Frakturen der fibrosierten und osteoporotischen Rippen in diesem Bereich bei wahrscheinlich massiver Überempfindlichkeit auf Röntgenstrahlen. Weiter hatte ein komplexes Schmerzsyndrom sich nach interdisziplinärer Behandlung insoweit gebessert, als es keine regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln mehr erforderte. Sodann lagen eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit (Urk. 7/27 S. 11) und ein Panvertebralsyndrom vor.

Gemäss Dr. A.____ bestand aus rheumatologischer Sicht seit Juli 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 10 % in einer angepassten Verweistätigkeit und gemäss den Ärzten des Z.____ von 50 %

(Radio-Onkologie) beziehungsweise von 100 % (Plastische Chirurgie). Weiter lag eine Depression mittleren Grades vor, welche nach Einschätzung von Dr. C.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit begründete. Weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht wurde die Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich als eingeschränkt erachtet.

Gestützt auf diese Arztberichte ging die Beschwerdegegnerin von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit und vom Fehlen einer Einschränkung im Aufgabenbereich aus und ermittelte unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 20 % im Erwerbsbereich einen Invaliditätsgrad von 61.55 % beziehungsweise unter Berücksichtigung der Qualifikation als zu 80 % Erwerbstätige und zu 20 % im Haushalt Tätige einen Gesamtinvaliditätsgrad von 49.24 % (Urk. 7/66-67, Urk. 7/69). 5.2

Im Vergleich dazu ergibt eine Würdigung der im Rahmen des Revisionsverfahrens eingegangenen Berichte folgende medizinischen Zustand:

In der Zeit von März bis Juni 2011 wurden mehrfache plastische Operationen bei ausgeprägtem Thoraxwanddefekt

durchgeführt, wobei die Ärzte nach der letzten Operation

übereinstimmend über einen problemlosen Wundheilverlauf, aktuell reizlose Narbenv
erhältniss e

und eine unauffällige Thoraxübersichtsaufnahme berichteten. Hinweise auf ein Rezidiv der
Brustkrebserkrankung bestanden keine (vorstehend E. 4.3, E. 4.8) .

Beschrieben wurden sodann chronifizierte Schmerzen beziehungsweise eine
(neuropathische) Schmerzproblematik im Bereich der linken Thoraxwand unterschiedlichen
Ausmasses . So ist die Rede davon, dass trotz ausgebauter medikamentöser Therapie keine
absolute Schmerzfreiheit erreicht werde, später aber auch, dass die Beschwerdeführerin
nicht mehr regelmässig Schmerzmittel nehme , aber angebe, nie „schmerzfrei“ zu sein (
vorstehend E. 4.2-4.4, E. 4.8) . Eine solche - teilweise nicht objektivierbare - Schmerz
problematik war jedoch in diesem Umfang schon im Zeitpunkt der erstmaligen
Rentenzusprache gegeben, und es best ehen keine Hinweise dafür, dass

diesbezüglich eine erhebliche Verschlechterung eingetreten wäre . Vielmehr gingen die
Ärzte nach den Operationen im Jahre 2011 und dem nachfolgenden
Rehabilitationsaufenthalt von einer allgemein besseren körperlichen Verfassung
beziehungsweise einer Verbesserung der Weichteilsituation im Bereich der Thoraxwand
aus (vorstehend E. 4.3-4.4) , und Dr. F.____ beschrieb gar eine Schmerzabnahme seit 2010
(vorstehend E. 4.5).

Was die

weiterhin eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links angeht, so hatte sich die
Beweglichkeit des linken Armes während der Rehabilitation verbessert (vorstehend E.
4.2-4.4, E. 4.8) . Soweit Dr. D.____

aufgrund des Schmerzsyndroms in der linken Thoraxwand und der daraus resultierenden
Funktionseinschränkung des linken Armes neu eine Einschränkung im Aufgabenbereich
vermerkte (vorstehend E. 4.4) , so ist darin eine Verschlechterung zu sehen . Diese wurde
in der Haushaltsabklärung ermittelt und auf insgesamt 9.25 % festgesetzt (vorstehend E. 4.
6) .

Betreffend Rückenproblematik wurde ein

zervikovertebrales Syndrom mit unklarer Dysbalance bei ausgeprägter Verspannung
beziehungsweise ein zerviko -, thorako -, lumbovertebrales Syndrom beschrieben (
vorstehend E. 4.5, E. 4.8) . Dabei wurde unter anderem auf eine

Diskushernie und eine mässige bis leichte Spondylarthrose hingewiesen, welche mittels
MRI bereits im Jahre 2005 und damit vor der erstmaligen Rentenzusprache

festgestellt worden waren . Zudem beschrieb bereits Dr. A.____ ein
chronisch-rezidivierendes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung, ohne
radikuläre Reiz- oder Ausfallkomponenten (vorstehend E. 3.2) . Damit ist auch hier keine
Veränderung ersichtlich .

Die festgestellte unklare psychomotorische Unruhe mit dystonem Kopftremor

manifestierte sich erstmals bereits 2008 und damit vor der erstmaligen Rentenzusprache .
Nach umfassender Abklärung konnte die in diesem Zusammenhang in Betracht gezogene
Ataxie ausgeschlossen werden, und ein MRI des Schädels ergab keine Pathologie

(vorstehend E. 4.7) . Auch hier ergibt sich somit keine Verschlechterung. 5.3

Auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch

Dr. D.____

und Dr. F.____ , welche von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgingen (vorstehend E. 4. 2, E.

4.5) , ist nicht abzustellen.

Unverändert

zu früheren Beurteilungen (vgl. vorstehend E. 3.3-3.4) hielt Dr. F.____ die Diagnose und das Ausmass einer Depression mittleren Grades fest (vorstehend E. 4.5). Soweit er daraus dennoch neu eine volle Arbeitsunfähigkeit herleitete, so ist davon auszugehen, dass es sich um eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Gesundheitszustandes handelte, denn die von ihm genannten Befunde - Gedankenkreisen um den Körper, Müdigkeit, Vergesslichkeit, verminderte Konzentration, Schlafstörungen - lassen das Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht als erheblich verschlechtert erscheinen (vgl. vorstehend E. 1.2). Dass sich die weiteren, von ihm aufgeführten Diagnosen - Panikstörung, soziale Phobie, spezifische isolierte Phobie, posttraumatische Belastungsstörung - auf die Arbeitsfähigkeit auswirken sollten, steht im Widerspruch zu den Angaben der Beschwerdeführerin im Abklärungsbericht, wonach sie fast täglich einkaufen gehe (Urk. 7/92 Ziff. 6.4) .

Was sodann die Beurteilung von Dr. D.____ angeht, so lag bereits bei der erstmaligen Rentenzusprache

in Abweichung von der Einschätzung des Chefarztes der Abteilung Chirurgie des

Z.____

die Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit durch die Abteilung Plastische Chirurgie vor (Urk. 7/62) . Auch hier liegt somit keine Verschlechterung vor beziehungsweise es ist von einer anderen Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts auszugehen .

Unzutreffend ist sodann auch der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach die Ärzte des J.____ und Dr. I.____ weitere Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellten, denn in jenen Berichten erfolgt gerade keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.8-4.9).

Zutreffend anerkannte die

Beschwerdegegnerin

im Übrigen eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit während des Spitalaufenthalts zur operativen Korrektur des Brustwanddefekts beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalts vom 29. März bis zum 28. Juni 2011 (vgl. Urk. 2). 5.4

Insgesamt erweisen sich somit die eingeholten Arztberichte , so insbesondere auch der Bericht von Dr. I.____ (vorstehend E. 4. 8),

und der Haushaltsabklärungsbericht

(vorstehend E. 4.6) für die Beurteilung des Gesundheitszustandes als genügend , weshalb entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5 Ziff. 3) keine Verletzung

des Untersuchungsprinzips vorliegt .

Zusammenfassend ist aus somatischer Sicht insofern eine Veränderung der Erwerbsfähigkeit eingetreten , als dass die Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich eingeschränkt ist . Damit ergibt sich eine unveränderte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 50 % gemäss bisherigem Leistungsprofil und neu eine Einschränkung von 9.25 % entsprechende Verschlechterung im Aufgabenbereich. 6. 6.1

Die im Haushaltsabklärungsbericht (vorstehend E. 4.6) ermittelte Einschränkung von insgesamt 9.25 % , welche sich unter anderem in den Bereichen Ernährung und Wohnungspflege ergibt, erscheint hinsichtlich Art und Umfang insbesondere aufgrund der Einschränkungen im Bereich der linken Schulter als nachvollziehbar. Dass die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen im Haushaltsbereich eingeschränkt wäre, geht aus den Arztberichten nicht hervor, weshalb entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6 Ziff. 4) vollumfänglich auf die von der Abklärungsperson ermittelten physischen Einschränkungen abzustellen ist (vgl. vorstehend E. 1. 4) . Im Zusammenhang mit den schweren körperlichen Aufgaben wurde richtigerweise angenommen, dass deren Übernahme durch die im gleichen Haushalt lebende erwachsene Tochter im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar ist . 6.2

Was die Statusfrage angeht, so präjudiziert die bei der erstmaligen Rentenzusprache getroffene Methodenwahl zur Invaliditätsbemessung zwar die künftige Rechtsstellung der versicherten Person nicht . Dennoch wurde an der - im Übrigen unbestritten gebliebenen - Qualifikation von 80 % Erwerbsbereich und 20 % Haushaltsbereich und der Anwendbarkeit der gemischten Methode zu Recht festgehalten:

Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV) , wobei persönliche, familiäre, soziale und erwerbliche 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 sind (Urteil 9C_915/2012 des Bundesgerichts vom 15. Mai 2013 mit Hinweisen auf BGE 133 V 504 E. 3.3).

Die gemischte Methode findet auch Anwendung, wenn der versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (vgl. BGE 133 V 504 E.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.