

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2002.00534 vom 22. März 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2002.00534

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2002.00534 du 22 mars 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2002.00534 del 22 marzo 2004

Erwägungen

E. 2

/

E. 3

3.1. Nach Art. 4 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2002 gültigen Fassung) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Invalidität bei Erwerbstätigen, Erwerbstätigenstatus).

3.2. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis am 31. Dezember 2002 gültigen Fassung) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung 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 128 V 30 Erw. 1, 104 V Erw. 2a und b).

3.3. Da die versicherte Person nach Erfahrungswerten im Gesundheitsfall zumeist die bisherige Tätigkeit weitergeführt hätte, ist für die Ermittlung des Valideneinkommens in der Regel von der letzten Beschäftigung auszugehen, die die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung ausgeübt hat, und der damit erzielte Lohn der Teuerung und Reallohnentwicklung bis zum Zeitpunkt des Rentenbeginns anzupassen (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 Erw. 3b; AHI 2000 S. 303, BGE 128 V 174). Bei der Anpassung an die Lohn- und Preisentwicklung muss nach Geschlechtern differenziert werden (BGE 129 V 408). Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist auch die berufliche Weiterentwicklung zu berücksichtigen, die eine versicherte Person normalerweise vollzogen hätte, sofern konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (RKUV 1992 Nr. U 168 S. 100 Erw. 3b).

Das Invalideneinkommen ist dann eine hypothetische Grösse, wenn die versicherte Person die ihr auch mit Gesundheitsschaden verbliebene Arbeitsfähigkeit nicht mehr oder nicht in zumutbarer Weise verwertet und damit ein Einkommen erzielt (BGE 114 V 314 Erw. 3b). Indem das Gesetz beim Invalideneinkommen auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt Bezug nimmt, der unter Absehen konjunktureller und struktureller Ungleichgewichte einen Fächer unterschiedlicher Stellenangebote offenhält, grenzt es den Leistungsbereich der Rentenversicherungen von demjenigen der Arbeitslosenversicherung (BGE 110 V 276 Erw. 4b) sowie von Erwerbslosigkeit infolge weiterer invaliditätsfremder Gründe ab (AHI 1999 S. 238 f. Erw. 1). Für die Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens können praxisgemäss entweder die Löhne von noch in Frage kommenden Tätigkeiten in verschiedenen Betrieben der Region der versicherten Person, welche in der Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP) erfasst sind (RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412 Erw. 4), oder die Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden. Wird auf DAP-Löhne abgestellt, so sind mindestens fünf Dokumentationen vorzulegen und zwecks Kontrolle des Auswahlermessens überdies Angaben über die Gesamtzahl der aufgrund der jeweiligen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze sowie über den Höchst-, den Tiefst- und den Durchschnittslohn dieser Gruppe zu machen (BGE 129 V 472). Wird auf die Tabellenlöhne abgestellt, so ist die im Anhang der LSE enthaltene Statistik der Lohnsätze, genauer die standardisierten Bruttolöhne der Tabellengruppe A, heranzuziehen. Dabei ist vom so genannten Medianwert auszugehen, der in der Regel tiefer liegt als das arithmetische Mittel, da er ausserordentlich hohe sowie ausserordentlich tiefe Werte nicht berücksichtigt. Massgebend sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor. Schliesslich gilt es zu berücksichtigen, dass dieser Statistik generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert tiefer liegt als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit der vergangenen Jahre. Daher ist der Medianlohn entsprechend der tatsächlichen Durchschnittszeit des fraglichen Jahres hochzurechnen (vgl. BGE 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; RKUV 2001 Nr. U 439 S. 347).

Für die Gegenüberstellung der hypothetischen Erwerbseinkommen ist der Zeitpunkt des allfälligen Rentenanspruchs massgebend, solange nicht zwischen allfälligem Rentenbeginn und Rentenentscheid eine erhebliche Änderung der hypothetischen Bezugsgrössen eingetreten ist (BGE 129 V 222, 128 V 174).

3.4 Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, die der versicherten Person trotz erlittener Gesundheitsbeeinträchtigung verbleibt, sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben in ärztlichen Expertisen angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, wieso auf

Invalidität geht (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen V. vom 21. Juni 2001, I 22/01, und in Sachen S. vom 26. Oktober 2000, I 99/00 Erw. 2d).

E. 5

5.1 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird nach Art. 27 bis Abs. 1 IVV für diesen Teil die Invalidität nach Art. 28 Abs. 2 IVG festgelegt (Satz 1, Teilerwerbstätigenstatus). Waren sie daneben in einem Aufgabenbereich nach Art. 5 Abs. 1 IVG tätig (Teilzeiterwerbstätigenstatus mit Aufgabenbereich), so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 27 IVV festgelegt (Satz 2).

5.2 Ist anzunehmen, dass die versicherte Person im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganzjährig erwerbstätig wäre, so ist die Invalidität laut Art. 27 bis Abs. 2 IVV ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Erwerbstätigenstatus).

5.3 Im Falle von 27 bis Abs. 1 Satz 2 IVV bedarf es vorab der Festlegung des Anteils der Erwerbstätigkeit sowie des Anteils der Tätigkeit im andern Aufgabenbereich. Nach Gerichts- und Verwaltungspraxis entspricht der Anteil der Erwerbstätigkeit dem zeitlichen Umfang der von der versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübten Beschäftigung im Verhältnis zu der im betreffenden Beruf üblichen (Normal-)Arbeitszeit. Wird der so erhaltene Wert mit a bezeichnet, so ergibt sich der Anteil des Aufgabenbereichs nach Art. 5 Abs. 1 IVG aus der Differenz $1-a$ (BGE 125 V 149 Erw. 2b; ZAK 1992 S. 128 Erw. 1b mit Hinweisen).

Als dann ist der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu ermitteln, nämlich die Invalidität im Aufgabenbereich gemäss Art. 5 Abs. 1 IVG nach dem Betätigungsvergleich (Art. 27 IVV) und die Invalidität im erwerblichen Bereich nach dem Einkommensvergleich (Art. 28 Abs. 2 IVG). Im letzteren Fall sind die Vergleichsgrößen Validen- und Invalideneinkommen im zeitlichen Rahmen der ohne Gesundheitsschaden (voraussichtlich dauernd) ausgeübten Teilerwerbstätigkeit zu bestimmen (vgl. BGE 125 V 150 Erw. 2b mit Hinweisen). Dagegen entspricht der gesamte Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen versicherten Person immer einem Wert von 100 % (AHI 1997 S. 286). Die Gesamtinvalidität ist schliesslich nach Massgabe der zeitlichen Beanspruchung in den genannten beiden Bereichen zu berechnen; sie entspricht der Summe der mit den jeweiligen Anteilen gewichteten (erwerbs- und nichterwerbsbezogenen) Invaliditätsgrade (sog. gemischte Methode der Invaliditätsbemessung aus Einkommens- und Betätigungsvergleich).

6. 6.1 6.2

6.1 Dr. med. H. S., Spezialarzt FMH für Neurologie, hielt im Bericht vom 4. Januar 1999 zuhanden des Hausarztes Dr. med. T., Spezialarzt FMH für Innere Medizin, fest, die elektroneurographischen Befunde belegten eine Kompressionsneuropathie respektive Demyelinisierung im Handgelenksbereich des Nervus medianus rechts und ganz diskret, vorwiegend sensibel, auch links. Dr. S. empfahl vorerst ein konservatives Vorgehen und eine Infiltration mit Kortison (Urk. 8/23).

Drs. med. H. und K., Krankenhaus, nahmen am 20. April 1999 eine Denervation aufgrund der Epicondylitis radialis humeri links vor (Urk. 8/22).

6.2 Im ärztlichen Zeugnis vom 9. Juli 1999 hielt Dr. T. eine unklare Therapieresistenz, Schmerzen im Schulter-, Oberarm- und Ellbogenbereich links, eine

Epicondylopathia humeri radialis beidseits mit Status nach Denervation links am 20. April 1999 und ein Carpaltunnelsyndrom (CTS) rechts mehr als links fest (Urk. 8/21). Dr. med. R.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, spez. Rheumaerkrankungen, berichtete im Schreiben vom 26. August 1999 an Dr. T.____, dass die lokalen Infiltrationen wenig geholfen hätten. Daher werde es schwierig sein, einen Chirurgen von der Notwendigkeit der Operation zu überzeugen (Urk. 8/20).

Dr. med. M.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, spez. Handchirurgie, nahm am 16. November 1999 bei der Beschwerdeführerin eine Spaltung des Retinaculum flexorum und Epineurolyse des Nervus medianus sowie eine ausgedehnte Beugesehnensynovektomie rechts vor (Urk. 8/18). Dr. M.____ teilte im Schreiben vom 24. März 2000 Dr. R.____ mit, obwohl postoperativ die Parästhesien verschwunden seien, klagt die Beschwerdeführerin weiterhin über diffuse, nicht lokalisierbare Schmerzen mit wechselndem Beschwerdebild. Es bestünden keine Anhaltspunkte mehr für eine Kompression der Nervus medianus. Daher stelle sich ihm die Frage, ob nicht eine depressive Verstimmung sich wesentlich auf den Verlauf niederschlage (Urk. 8/17).

Dr. T.____ führte im Arztbericht vom 31. März 2000 zuhanden der IV-Stelle aus, die Beschwerdeführerin leide seit Dezember 1998 an Beschwerden von Seiten des CTS rechts ausgeprägter als links sowie von Seiten der Epicondylitis humeri radialis links. Die gesamte Beschwerdesymptomatik werde von einer depressiven Verstimmung überlagert. Wegen Resistenz gegen physikalische und medikamentöse Therapie sei am 20. April 1999 eine Denervation im Rahmen der Epicondylitis humeri radialis links sowie am 16. November 1999 eine Operation des CTS vorgenommen worden. In der Folge habe sich subjektiv keine Besserung der Beschwerden ergeben, was sicherlich durch die depressive Verstimmung wie auch das rechtsbetonte Schulter-Arm-Syndrom mitbedingt sei. Daher werde nun eine medikamentöse Behandlung der depressiven Verstimmung sowie eine physikalische Therapie der chronischen Schulter-Arm-Schmerzen eingeleitet. Der Arzt diagnostizierte eine depressive Verstimmung, einen Status nach Denervation am 20. April 1999 wegen Epicondylitis humeri radialis links, einen Status nach Spalten des Retinaculum flexorum und Epineurolyse des Nervus medianus sowie ausgedehnte Beugesehnensynovektomie rechts wegen CTS und Beugesehnensynovitis rechts, ein leichtes CTS links sowie ein chronisches Schulter-Arm-Syndrom rechts. Im bisherigen Beruf bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 21. Dezember 1998 bzw. aufgrund der chronischen Schulter-Arm-Schmerzen könne die Beschwerdeführerin zumindest im Moment nicht als Putzfrau arbeiten (Urk. 8/14).

Im Bericht vom 10. Mai 2000 diagnostizierte Dr. R.____ Restbeschwerden bei Status nach CTS-Operation rechts am 16. November 1999, ein chronisches zervico-spondylogenes Syndrom mit tendomyotischen Veränderungen im Bereich des Schultergürtels, einen Status nach Operation wegen Epicondylopathia humeri radialis links am 20. April 1999 (mit gutem Erfolg), ein leichtes CTS links sowie eine Depression. In ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit als Putzfrau sei die Beschwerdeführerin vorläufig zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/13).

Dr. M.____ hielt im Bericht vom 27. Juni 2000 fest, die Beschwerdeführerin klagt hauptsächlich über Müdigkeit im Bereich der beiden Arme rechtsbetont. Sie könne seit Einnahme der Antidepressiva wieder gut schlafen. Der Epicondylus lateralis sei nicht mehr schmerzhaft. Faustschluss und Fingerextension seien vollständig möglich, indes die Kraftmessung aufgrund fehlender Mitarbeit infolge der depressiven

Verstimmung schwierig. Im Bereich der Langfinger herrsche eine normale Sensibilität, und das Tinel-Phänomen über dem Carpaltunnel sei negativ. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund des Schulter-Arm-Syndroms, hauptsächlich rechts, sowie einer deutlich depressiven Verstimmung eingeschränkt.

Tragbelastungen und Überkopparbeiten seien ungenügend. Die Beschwerdeführerin sei für die manuell belastende Tätigkeit als Spetterin zu 100 % arbeitsunfähig, hingegen in einer manuell leichteren Tätigkeit zu ungefähr 50 % arbeitsfähig, was ab Besserung der depressiven Verstimmung durch die Antidepressiva gelte (Urk. 8/12).

6.6

6.6.1.1 Im Konsiliarbericht vom 19. Januar 2001 zuhanden der MEDAS diagnostizierte Dr. med. G. ____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, spez. Rheumatologie, diagnostizierte einen Status nach CTS-Operation rechts, ein atypisches CTS links, einen Status nach operierter Epicondylopathia radialis links, Kettentendinosen an den Armen rechts mehr als links, eine leichte Haltungsstörung der oberen Wirbelsäule mit rechts-kovexer Skoliose, ein Cervicalsyndrom, eine Osteochondrose und Spondylose C5/6 leichten Grades, Übergewicht sowie wahrscheinlich eine Depression. Zusammenfassend ständen die Beschwerden von Seiten der Handgelenke im Vordergrund. Eine Tätigkeit als Putzfrau sei der Beschwerdeführerin wohl nicht mehr möglich. Hingegen sollte eine leichte Tätigkeit mit nur geringer Belastung der Handgelenke und Finger denkbar sein. Diese sei aber im Kontext mit der psychischen Situation definitiv bestimmbar. Dr. Gilgen fügte bei, er würde unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % annehmen (Urk. 8/9/2).

6.6.2.2 Dr. med. Z. ____, Spezialarzt FMH für Neurologie, stellte im Konsilium vom 27. Juli 2001 zuhanden der MEDAS Luzern chronische Armbeschwerden rechts mehr als links bei Status nach Epicondylitis radialis-Operation links im November 1999 und CTS-Operation rechts im April 1999 fest. Dabei handle es sich vorwiegend um residuelle Befunde, wobei sich gewisse Verdachtsmomente für ein M. pronator-teres-Syndrom ergäben und eine leichte Irritationssymptomatik nicht ausgeschlossen sei. Links seien die Befunde mit einem massigen CTS vereinbar. Ansonsten fänden sich keine neurologischen Ursachen der Armbeschwerden. Aufgrund des möglichen leichten Irritationssyndroms des Nervus medianus rechts im M. pronator teres-Bereich erachtete der Arzt eine streng manuelle Arbeit wie vormals als Spetterin nicht mehr möglich. Zudem schliesse das CTS links bestimmte Feinarbeiten mit der linken Hand aus. Im Übrigen seien aus neurologischer Sicht leichte bis mittelschwere manuelle Arbeiten ganztags zumutbar (Urk. 8/9/3).

6.6.3.3 Dr. med. B. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie, hielt im Konsilium vom 25. Januar 2001 zuhanden der MEDAS fest, anlässlich des Gesprächs vom 18. des Monats sei eine depressive Symptomatik zumindest zeitweise doch recht deutlich geworden. Dr. B. ____, diagnostizierte eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 32.0/ 32.11), die Krankheitswert erreiche und die Arbeitsfähigkeit in nicht unerheblichem Mass beeinträchtige. Dr. B. ____, attestierte der Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht für jegliche ausserhäusliche Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40-45 % und empfahl eine Umstellung der medikamentösen Behandlung (Urk. 8/9/4).

6.6.4. Im Gutachten vom 24. August 2001 diagnostizierten Dres. med. A.____, Chefarzt, und St.____, Gutachter, MEDAS Zentralschweiz, bei der Beschwerdeführerin chronische Armbeschwerden rechts mehr als links, einen Status nach Epicondylitis radialis-Operation links im April 1999 und CTS-Operation rechts im November 1999, eine elektroneurographische Besserung der Befunde rechts, ein mässiggradiges CTS links, diskrete Hinweise für ein Musculus-pronator-teres-Syndrom rechts und für fragliche subklinische Polyneuropatie, eine leichte Haltungsstörung der oberen Wirbelsäule mit rechtskonvexer Skoliose, ein Cervicalsyndrom, Osteochondrose und Spondylose C5/C6 leichten Grades, Kettentendinosen an den Armen rechts mehr als links sowie eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Dres. A.____ und St.____ fassten die Untergutachten dahin gehend zusammen, dass die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht für feinmanuelle Tätigkeiten in leichtem Masse eingeschränkt sei, aus rheumatologischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 50 % sowie aus psychiatrischer Sicht in etwas weniger limitierter Masse. Insgesamt sei der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Spetterin nicht mehr zumutbar, während sie in körperlich leichten Tätigkeiten, welche die Handgelenke und Finger nur gering und nicht repetitiv kraftfordernd und mit mehr als zwei bis drei Kilogramm belasteten, zu 50% arbeitsfähig sei; dabei wirkten mehr die rheumatologischen und weniger die psychiatrischen Befunde limitierend. Diese reduzierte Arbeitsfähigkeit gelte ab dem 13. August 2001 (Urk. 8/9/1).

7. Die Beschwerdeführerin ging gemäss dem Feststellungsblatt vom 21. Mai 2002 (Urk. 8/4) und der Mitteilung des Beschlusses vom 21. Mai 2002 (Urk. 8/3) bei der Ermittlung des Invaliditätsgrads der Beschwerdeführerin von einem unter anderem anhand der IK-Auszüge ermittelten Beschäftigungsgrad im Erwerbsbereich von 81 % und in der Folge von einer Tätigkeitsgrad im Haushalt von 19 % aus. Alsdann ermittelte die IV-Stelle aufgrund des Vergleichs des Valideneinkommens und des in einer leidensangepassten Tätigkeit während eines laut ärztlichen Angaben zumutbaren zeitlichen Pensums von 50 % erzielbaren Invalideneinkommens eine eingeschränkte Erwerbsfähigkeit von 45 % sowie aufgrund der Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit im Haushalt eine eingeschränkte Fähigkeit zur Haushaltsführung von 22 %. Hieraus errechnete sie im Erwerbsbereich eine Invalidität von 36 % ($0,81 \times 45$) sowie im Haushaltsbereich eine Invalidität von 4 % ($0,19 \times 22$) und mithin gesamthaft einen Invaliditätsgrad von 40 %.

E. 8

8.1. Die Beschwerdeführerin macht geltend, wenn sie bereits gemäss MEDAS-Gutachten aus rheumatologischer Sicht zu ungefähr 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei sowie aus rein psychiatrischer Sicht zu 40-45 %, dann resultiere hieraus - anders als in der angefochtenen Verfügung festgestellt - ein Invaliditätsgrad von insgesamt über 50 %.

8.2. Das Gericht holte mit Verfügung vom 27. Oktober 2003 (Urk. 13) von den MEDAS-Ärzten eine ergänzende Stellungnahme zur Frage ein, ob die psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der schlussendlich festgelegten Arbeitsunfähigkeit von 50 % im ausserhäuslichen Bereich eingeschlossen sei oder ob die psychisch bedingte Einschränkung von 40-45 % und die rheumatologisch bedingte Einschränkung von 50 % addiert werden müssen.

Im ergänzenden Bericht vom 14. November 2003 (Urk. 16) hielten Dres. J.____, Chefarzt, St.____, Gutachter, und B.____, Psychiater, fest, dass vorliegendenfalls die psychisch und die rheumatologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht zusammenzuzählen seien, sondern die Arbeitsunfähigkeit insgesamt 50 % betrage. Sie begründeten dies insbesondere damit, dass der Rheumatologe und der Neurologe die Gewichtung von Schmerzen und Behinderungen nicht nur aufgrund rein mechanischer und physikalischer Einschränkungen vorn hmen, sondern hier etwa infolge der Schilderungen der zu begutachtenden Person bereits Aspekte einfliessen würden, die schliesslich in der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen seien. Nach dieser Verdeutlichung im ergänzenden Bericht der begutachtenden MEDAS-Ärzte zuhanden des Gerichts ist die medizinische Sachlage klar und überzeugend erstellt, weshalb auf die beantragte Rückweisung zwecks weiterer medizinischer Abklärungen verzichtet werden kann und die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im ausserhäuslichen Bereich auf 50 % festzulegen ist.

Die Beschwerdegegnerin legte die krankheitsbedingte Einschränkung der Beschwerdeführerin im T tigkeitbereich mittels einer Abklärung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt fest, den eine Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der ärztlichen diagnostizierten Gesundheitsstörungen am 7. Januar 2002 im Haushalt der Beschwerdeführerin vorgenommen hatte (Urk. 8/30). Praxisgemäss stellt eine solche Beweiserhebung bei einer physischen Einschränkungen der möglichen Tätigkeiten ein grundsätzlich hinreichendes Instrument dar, auch wenn fraglich ist, ob eine Nichtmedizinerin aufgrund der ärztlichen Diagnosen und nicht etwa aufgrund der infolge dieser Diagnosen ärztlich festgestellten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit die verbleibenden Möglichkeiten der versicherten Person, in der deutlichen Mehrheit Hausfrauen (vgl. BGE 116 V 323), bei der Ausübung der verschiedenen Haushaltstätigkeiten beurteilen kann (vgl. VPB 1994 Nr. 95 Ziff. 61 ff., BGE 120 V 150).

Bei einer psychisch bedingten oder mitbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit stellt hingegen ein solcher Abklärungsbericht rechtsprechunggem ss kein taugliches Instrument dar, vielmehr bedarf es diesfalls des Bezugs eines Arztes oder einer Ärztin, welche sich zur Zumutbarkeit der Haushaltst tigkeit durch die versicherte Person äussern. Daher legte das Gericht der Verfügung vom 27. Oktober 2003 den Abklärungsbericht, dem sich die Haushaltsverh ltnisse der Beschwerdeführerin entnehmen lassen, bei und ersuchte die MEDAS-Gutachter weiter um die Beantwortung der Frage, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin insbesondere auch aufgrund der psychischen Gesundheitsstörung in dieser häuslichen Tätigkeit eingeschränkt sei.

Dres. J.____, St.____ und B.____ beantworteten diese Frage dahingehend, dass die Beschwerdeführerin bei ausschliesslicher Haushaltst tigkeit zu 70-80 % arbeitsfähig wäre. Sie begründeten dies insbesondere damit, dass die Arbeitsfähigkeit im häuslichen Bereich bei gleichem Gesundheitsschaden sehr oft höher liege als im Erwerbsbereich, da haushaltsf hrende Personen ihren Arbeitsablauf frei einteilen und ihre Tätigkeiten anpassen könnten. Demnach ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im T tigkeitbereich des Haushalts zu 25 % eingeschränkt ist.

E. 10

10.1. Die IV-Stelle ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfalle zum Zeitpunkt der Rentenentstehung (ganze Rente ab 1. Dezember 1999 gemäss der unangefochten gebliebenen Verfügung vom 20. September 2002, Urk. 8/1) weiterhin eine Teilzeiterwerbstätigkeit ausgeübt und daneben im Haushalt und der Erziehung ihrer drei Kinder (Jahrgang 1982, 1985 und 1987) tätig gewesen wäre, und dass die Anteile dieser Tätigkeiten weiterhin 81 % im Erwerbsbereich und 19 % im Haushaltsbereich betragen hätten (vgl. Urk. 8/30 S. 3). Ebenso wurde in der angefochtenen Verfügungen zu Recht angenommen, dass sich diese Verhältnisse bis zum 1. Dezember 2001 nicht geändert hatten, auf welchen Zeitpunkt hin die gleichsam revisionsweise Herabsetzung auf eine Viertelsrente infolge der während mindestens drei Monaten andauernder Besserung des Gesundheitszustandes vorgenommen worden war (angefochtene Verfügungen vom 20. September 2002, Urk. 2/2, und vom 5. September 2002, Urk. 2/1). Demnach kommt der Beschwerdeführerin in der vorliegenden Streitsache der Status einer Teilerwerbstätigen mit Aufgabenbereich im Haushalt zu, wobei der Anteil des Erwerbsbereich 81 % und jener des Haushaltsbereich 19 % beträgt.

10.2. Die Beschwerdegegnerin hielt weiter fest, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Rentenentstehung ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ihre bisherige Erwerbstätigkeit als Spetterin oder Putzfrau weitergeführt und mit dieser Teilzeittätigkeit (vgl. BGE 125 V 150 Erw. 2b) ein Einkommen von Fr. 38'793.-- erzielt hätte. Jedoch wurde in der angefochtenen Verfügung unterlassen, das von der Beschwerdeführerin im Jahr 1998 tatsächlich erzielte Einkommen der bis zum Zeitpunkt der Rentenanpassung im Jahr 2001 eingetretenen Nominallohnentwicklung anzupassen. Diese beträgt für ungelernete Arbeitnehmerinnen und bezogen auf das jeweilige Vorjahr im Jahr 1999 1,1 %, im Jahr 2000 1,0 % und im Jahr 2001 1,8 % (Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2002, Neuenburg 2003, S. 33), so dass schliesslich ein hypothetisches Valideneinkommen der Beschwerdeführerin von Fr. 40'324.95 resultiert (Fr. 38'793.-- x 1,011 x 1,01 x 1,018).

Die Ermittlung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf drei Dokumentationen von der Beschwerdeführerin zumutbaren Arbeitsplätzen mit einem durchschnittlichen Jahreslohn von Fr. 42'843.-- ab, woraus sie für eine der Beschwerdeführerin gesundheitlich zumutbares Teilzeitpensum von 50 % ein Invalideneinkommen von Fr. 21'421.50 ermittelte (Urk. 8/29). Weil die neuste Rechtsprechung für die Ermittlung des Invalideneinkommens anhand von DAP-Löhnen unter anderem eine Mindestzahl von fünf konkreten Arbeitsplatzdokumentationen voraussetzt (vgl. BGE 129 V 483 Erw. 4.3.2), kann darauf nicht abgestellt werden. Demnach ist das Invalideneinkommen der Beschwerdeführerin anhand der Tabellenlöhne zu errechnen. Laut Tabelle TA 1 der LSE 2000 (Bundesamt für Statistik, Die schweizerische Lohnstrukturerhebung 2000, Neuenburg 2002, S. 31) betrug im privaten Sektor der monatliche Bruttolohn (Medianwert und unter Einrechnung aller dreizehnter Monatslöhne) für einfache und repetitive Arbeiten, welche die der Beschwerdeführerin zumutbaren nicht feinmanuellen und leichten Tätigkeiten umfassen, im Jahre 2000 bei 40 Wochenarbeitsstunden für Frauen Fr. 3'658.--. Angepasst an die Nominalloohnerhöhung von 1,8 % bis ins Jahr 2001 und die durchschnittliche betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahre 2001 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 2/2004, S. 90, Tabelle B.9.2) sowie in Berücksichtigung des zumutbaren

Beschäftigungsgrades von 50 % würde der Verdienst der Beschwerdeführerin im Jahr 2001 monatlich Fr. 1'941.05 (Fr. 3'658.-- x 1,018 x 41,7/40 x 0,5) und jährlich Fr. 23'292.65 betragen. Zudem rechtfertigt sich ein leidensbedingter Abzug von 10 % vom durchschnittlichen Lohn womit dem Umstand Rechnung getragen wird, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der medizinisch attestierten Einschränkungen (vorstehend Erw. 6.4.4) gegenüber gesunden Arbeitnehmerinnen lohnmassig benachteiligt sein dürfte. Alter und Nationalität hingegen rechtfertigen keinen zusätzlichen Abzug, und zum Beschäftigungsgrad ist anzumerken, dass bei Frauen im Bereich einfacher und repetitiver Tätigkeiten Teilzeitarbeit verhältnismässig besser entlohnt wird als Vollzeitarbeit (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5a/cc). Somit resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen der Beschwerdeführerin von Fr. 20'963.40 (Fr. 23'292.65 x 0,9). Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 4 Ziff. 10) besteht aber vorliegendenfalls keinerlei Grund für den maximalen Abzug von 25 % (vgl. BGE 126 V 75).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus der Gegenüberstellung des Einkommens mit Behinderung von Fr. 20'963.40 und desjenigen ohne Behinderung von Fr. 40'324.95 resultiert ein invaliditätsbedingter Einkommensverlust von Fr. 19'271.55, was einem Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 47,8 % entspricht.

10.3 Ä Ä Wie bereits dargelegt, ist die Beschwerdeführerin gemäss dem ergänzendem Bericht vom 14. November 2003 der Dres. J. ____, St. ____, B. ____, aus gesundheitlichen Gründen in ihrem Tätigkeitsbereich bei ausschliesslicher Haushaltsführung zu 20-30 % eingeschränkt. Da der gesamte Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen versicherten Person immer einem Wert von 100 % entspricht (AHI-Praxis 1997 S. 286), bleibt es in Haushaltsbereich bei einem Invaliditätsgrad von 25 %.

10.4 Ä Ä Somit sind die Invaliditätsgrade der beiden Bereiche anteilsmässig zu gewichten und zur Gesamtinvalidität zu addieren. Aus der Erwerbsunfähigkeit von 47,8 % und einem Anteil des Erwerbsbereich von 81 % sowie einer Einschränkung in der Haushaltstätigkeit von 25 % und einem Anteil des Haushaltsbereich von 19 % resultiert ein Gesamtinvaliditätsgrad von 43,7 % ($47,8 \times 0,81 + 25 \times 0,19$). Dies begründet - gleich dem in den angefochtenen Verfügungen ermittelten Invaliditätsgrad von 40 % - einen Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung.

E. 11

Ä Ä Ä Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - CAP Rechtsschutz Versicherungsgesellschaft AG
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
 - Bundesamt für Sozialversicherung

