

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00734 vom 28. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00734

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00734 du 28 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00734 del 28 marzo 2010

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2008 (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin bei Gesundheit im Umfang von 80 % eine Erwerbstätigkeit ausüben und sich im restlichen Umfang von 20 % im Aufgabenbereich des Haushalts betätigen würde. Die Qualifikation als Erwerbstätige im Umfang von 80 % wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten (Urk. 1).

2.2 Gegenüber der Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin gab die Beschwerdeführerin an, dass sie gegenwärtig ohne Gesundheitsschaden im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % eine Erwerbstätigkeit ausüben würde. Bei Aufnahme der Tätigkeit als Mitarbeiterin Hauswirtschaft bei der Klinik B. habe sie vorerst im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % gearbeitet. Daneben sei sie noch im Umfang von 2 Stunden in der Woche als Gebäudereinigerin bei der C. AG, St. Gallen, tätig gewesen. Schmerzbedingt habe sie das Arbeitspensum bei der Klinik B. auf 60 % reduzieren und die Tätigkeit bei der C. AG aufgeben müssen (Urk. 8/10/2).

2.3 Im Arbeitgeberbericht vom 1. November 2007 erwähnte die Klinik B., dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. April 2004 im Umfang eines Arbeitspensums von 25.2 Stunden in der Woche tätig gewesen sei (Urk. 8/9 Ziff. 2.9). Bei einer betriebsüblichen Normalarbeitszeit von 42 Wochenstunden (Urk. 8/9 Ziff. 2.9) entspricht dies einem Arbeitspensum von 60 %. Mit Stellungnahme vom 13. März 2008 führte die Klinik B. aus, dass die Beschwerdeführerin im Jahre 2004 ihr ursprüngliches Arbeitspensum von 80 % reduziert habe (Urk. 8/11). Damit übereinstimmend geht aus dem Auszug aus dem individuellen Konto der Beschwerdeführerin hervor, dass sie bei der Klinik B. im Jahre 2003 im Vergleich zu den Jahren 2004 bis 2006 einen höheren Verdienst erzielte. Aus dem Auszug aus dem individuellen Konto ist sodann ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin im Jahre 2003 ausschliesslich bei der Klinik B. erwerbstätig war und keine Nebenerwerbstätigkeit ausübte. Die Nebentätigkeit bei der C. AG nahm die Beschwerdeführerin erst im November 2004 auf (Urk. 8/6).

2.4 In Würdigung der gesamten Umstände ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin als Erwerbstätige und als im Haushalt Tätige qualifizierte und davon ausging, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden eine Erwerbstätigkeit im Umfang eines Beschäftigungsgrades von 80 % ausüben würde und die restliche Zeit von 20 % für die Besorgung ihres Haushalts aufgewendet hätte. Die Invalidität ist im Folgenden daher nach der gemischten Methode zu bemessen (vgl. Erw. 1.5).

E. 3

3.1.1.1.1 Vorerst ist die für die Bemessung der Arbeitsfähigkeit und die Einschränkung im Haushalt massgebende medizinische Aktenlage zu beurteilen.

3.2.1.1.1 Mit Bericht vom 12. November 1999 stellten die Ärzte der D. Klinik leichte Degenerationen der Bandscheiben L5 bis S1 mit Protrusionen ohne Nervenkompression, jedoch keine ausgeprägte Diskushernie fest. Ein operatives Vorgehen sei nicht indiziert (Urk. 8/8/16).

3.3.1.1.1 Mit Bericht vom 28. Januar 2003 diagnostizierten die Ärzte des Spitals E., Departement für Innere Medizin Gastroenterologie und Hepatologie (nachfolgend: E.), Hämorrhoiden zweiten Grades und erwähnten, dass eine Therapie mit Stuhlweichmachern und Suppositorien indiziert sei. Sollte eine konservative Therapie nicht genügen, müsste eine Hämorrhoidenligatur in Betracht gezogen werden (Urk. 8/8/23).

E. 3.4

1.1.1.1 Die Ärzte der Klinik B. erwähnten in ihrem Bericht vom 24. November 2005, dass gleichentags eine Infrarotkoagulation von internen Hämorrhoiden ersten und zweiten Grades durchgeführt worden sei (Urk. 8/8/30).

3.5.1.1.1 Mit Bericht vom 5. Juli 2006 diagnostizierten die Ärzte des Spitals F., Medizinische Klinik, Lungenembolien beidseits, eine rezidivierende Hämorrhoidalblutung bei Hämorrhoiden ersten Grades, eine Helicobacter pylori-assoziierte Gastritis und eine arterielle Hypertonie. Die Lungenembolien seien medikamentös mittels Antikoagulation behandelt worden. Die Gastritis sei mittels einer Helicobacter pylori-Eradikation behandelt worden. Die linksseitige Infarktpneumonie sei antibiotisch behandelt worden (Urk. 8/8/33-34).

3.6.1.1.1 Die Ärzte Spitals G., Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation (nachfolgend Spital G.), stellten in ihrem Bericht vom 19. Februar 2007 unter anderem die folgenden Diagnosen (Urk. 8/8/47):

- chronic fatigue Syndrom mit Ganzkörpererschmerz mit
- positiven Fibromyalgiepunkten
- Muskelschmerzen und subjektive Schwäche
- Dekonditionierung und Passivität
- Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung
- positiven Waddellzeichen
- Adipositas Klasse II
- Segmentdegeneration L5/S1 (kleine mediane Diskushernie)
- Status nach Lungenembolien beidseits
- Hämorrhoidalleiden Grad I-II mit rezidivierenden anämisierenden Hämorrhoidalblutungen
- arterielle Hypertonie

1.1.1.1.1 Die Beschwerdeführerin leide an einem chronischen Panvertebralsyndrom mit Zervikobrachial-Syndrom und ischialgieformen Schmerzen. Es

seien positive Fibromyalgiepunkte und Kontrollpunkte festgestellt worden. Für die Befunde liessen sich keine lokalisierten Pathologien finden. Die Schmerzen seien nicht erklärbar. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/8/49).

3.7 Am 28. Februar 2007 diagnostizierten die Ärzte des Spitals F., Chirurgische Klinik, unter anderem ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und einen Status nach einer Hepatitis B-Infektion. Wegen rezidivierender anämisierenden Blutungen ab ano sei eine Absetzung der oralen Antikoagulation und eine Koloskopie angezeigt (Urk. 8/8/46).

3.8 Mit Bericht vom 20. April 2007 stellten die Ärzte des Spitals G. unter anderem folgende Diagnosen (Urk. 8/8/55):

- chronisches Panvertebralsyndrom mit/bei
- Schmerzausbreitung und -generalisierung
- Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung
- Segmentdegeneration L5/S1 mit Osteochondrose und kleiner medianer Diskushernie L5/S1
- Dekonditionierung und Passivität
- positiven Waddellzeichen
- Adipositas Klasse II
- Status nach Lungenembolien beidseits
- Hämorrhoidalalleiden Grad I-II mit rezidivierenden anämisierenden Hämorrhoidalblutungen
- arterielle Hypertonie
- Hypochrome, mikrozytäre Anämie mit/bei Eisenmangel

Die diagnostischen Abklärungen hätten kein strukturelles Korrelat ergeben, welches das Ausmass der von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerdesymptomatik erklären könnte (Urk. 8/8/55).

3.9 Die Ärzte des Röntgeninstituts H. erwähnten in ihrem Bericht vom 31. Mai 2007, dass eine Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule (LWS) eine geringe Osteochondrose und eine kleine mediane Diskushernie L5/S1 ohne Spinalkanalstenose und ohne Nervenwurzelkompression ergeben habe (Urk. 8/8/59).

3.10 Dr. med. I., FMH Physikalische Medizin, erwähnte in ihrem Bericht vom 21. Mai 2007, dass die Lumbalgien mit Ausstrahlung ins linke Bein im Vordergrund ständen. Hinweise auf eine radikuläre Beteiligung beständen nicht. Das klinische Bild werde durch generalisierte Weichteilbeschwerden im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms dominiert. Auf Grund der Anamnese bestehe eine Chronifizierung mit larvierter Depression, weshalb eine psychiatrische Behandlung angezeigt sei (Urk. 8/8/60).

3.11 Am 8. Juni 2007 erwähnte Dr. I., dass Lumbalgien mit Ausstrahlung ins linke Bein im Vordergrund ständen. Daneben bestehe eine sekundäre

Generalisierungstendenz im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms mit Kettentendinosen an allen vier Extremitäten. Sodann bestehe eine larvierte Depression, deren Schweregrad schlecht einzuschätzen sei (Urk. 8/8/61).

3.12. Dr. med. J. ____, Allgemeine Medizin FMH, stellte in ihrem Bericht vom 25. Oktober 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Gebäudereinigerin fest. Es bestehe sodann eine starke Einschränkung in der Führung des Haushaltes. Die Beschwerdeführerin sei beim Besorgen des Haushaltes auf die Mithilfe von Familienangehörigen angewiesen (Urk. 8/8/7).

3.13. Med. pract. K. ____, Fachärztin für Innere Medizin, führte in ihrer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin vom 17. März 2008 aus, dass sie sich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. J. ____, insofern anschliesse, als diese in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Gebäudereinigerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % festgestellt habe. Bei Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in körperlich leichten, behinderungsangepassten und wechselbelastenden Tätigkeiten schliesse sie sich der Beurteilung durch die Ärzte des Spitals G. ____, an, wonach der Beschwerdeführerin die Ausübung solcher Tätigkeiten vollumfänglich zuzumuten sei (Urk. 8/13 S. 3).

3.14. Mit Bericht vom 7. Juli 2008 stellte Dr. J. ____, im angestammten Beruf der Beschwerdeführerin als Raumpflegerin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % fest. In der Führung des Haushaltes bestehe eine Einschränkung von mindestens 50 %. Mit einer Besserung des Gesundheitszustandes könne nicht gerechnet werden. Obwohl eine psychiatrische Behandlung indiziert sei, sei eine solche bis anhin nicht aufgenommen worden, da die Beschwerdeführerin keinen albanisch sprechenden Psychiater gefunden habe (Urk. 3/10/1 S. 2).

E. 4

4.1. Aus den erwähnten medizinischen Akten ist ersichtlich, dass die Ärzte des Spitals G. ____, positive Fibromyalgiepunkte feststellten (Urk. 8/8/47) und in ihren Beurteilungen vom 19. Februar 2007 (Urk. 8/8/47) und vom 20. April 2007 (Urk. 8/8/55) davon ausgingen, dass sich für die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen keine lokalisierten Pathologien finden liessen, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen nicht erklärbar seien und dass aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 8/8/49). Dr. I. ____, stellte am 21. Mai 2007 (Urk. 8/8/60) und am 8. Juni 2007 ein Fibromyalgiesyndrom und eine larvierte Depression fest, äusserte sich jedoch nicht zum Bestehen und Umfang der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 8/8/61). Während Dr. J. ____, mit Bericht vom 25. Oktober 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Gebäudereinigerin und eine starke Einschränkung in der Führung des Haushaltes feststellte (Urk. 8/8/7), führte sie in ihrem Bericht vom 7. Juli 2008 aus, dass in Bezug auf die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Raumpflegerin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % ausgewiesen sei, und dass in der Führung des Haushaltes eine Einschränkung von 50 % bestehe (Urk. 3/10/1 S. 2). Dr. J. ____, äusserte sich indes nicht zum Bestand und Umfang der Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepassten Tätigkeiten. Demgegenüber ging med. pract. K. ____, am 17. März 2008 davon aus, dass in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als

GebÄ¼rdereinerin eine ArbeitsunfÄ¼higkeit von 100 % ausgewiesen sei, und dass der BeschwerdefÄ¼hrerin die AusÄ¼bung behinderungsangepasster, wechselbelastender und kÄ¼rperlich leichter TÄ¼tigkeiten vollumfÄ¼nglich zuzumuten sei (Urk. 8/13 S. 3).

4.2Ä¼Ä¼Ä¼ Die Berichte der Ä¼Ä¼rzte des Spitals G.____ vom 19. Februar 2007 (Urk. 8/8/47) und vom 20. April 2007 (Urk. 8/8/55) sowie diejenigen von Dr. I.____ vom 21. Mai 2007 (Urk. 8/8/60) und vom 8. Juni 2007 (Urk. 8/8/61) erfÄ¼llen grundsÄ¼tzlich die nach der Rechtsprechung fÄ¼r eine beweiskrÄ¼ftige medizinische Entscheidungsgrundlage (Beweiseignung) vorausgesetzten Kriterien. Denn es ist davon auszugehen, dass diesen Ä¼Ä¼rzten die medizinischen Vorakten bekannt waren. Sodann berÄ¼cksichtigten diese Ä¼Ä¼rzte die von der BeschwerdefÄ¼hrerin geklagten Schmerzen und grÄ¼ndeten ihre nachvollziehbaren Beurteilungen auf den Ergebnissen eigener Untersuchungen.Ä¼ Insbesondere vermag zu Ä¼berzeugen, dass die Ä¼Ä¼rzte des Spitals G.____ positive Fibromyalgiepunkte feststellten, und dass Dr. I.____ ein Fibromyalgiesyndrom diagnostizierte.

4.3Ä¼Ä¼Ä¼ GemÄ¼ss dem am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Art. 7 Abs. 2 ATSG liegt eine ErwerbsunfÄ¼higkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht Ä¼berwindbar ist. Nach der Botschaft zur Ä¼Ä¼nderung des Bundesgesetzes Ä¼ber die Invalidenversicherung (5. Revision) vom 22. Juni 2005 (BBl 2005 4577) obliegt die Beurteilung, was aus objektiver Sicht zumutbar ist und was nicht, den IV-Stellen, welche gestÄ¼tzt auf die medizinischen Angaben des RAD zu entscheiden haben.

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Des Weiteren gilt es zu beachten, dass nach der Rechtsprechung die somatoformen SchmerzstÄ¼rungen wie auch die - in ihrer Symptomatik verwandten (vgl. BGE 132 V 67 ff. Erw. 3 und 4) - Fibromyalgien und sonstige vergleichbare, pathogenetisch (Ä¼tiologisch) unklare syndromale ZustÄ¼nde allein grundsÄ¼tzlich keine invalidisierende ArbeitsunfÄ¼higkeit im Rechtssinne zu begrÄ¼nden vermÄ¼gen, weil davon ausgegangen wird, dass sie willentlich Ä¼berwindbar sind (BGE 130 V 352). EinschrÄ¼nkungen der ErwerbsfÄ¼higkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende LeistungsfÄ¼higkeit zu verwerten, abwenden kÄ¼nnte, gelten nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens, und sind daher invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant (BGE 102 V 165; AHI 2001 S. 228 Erw. 2b mit Hinweisen; BGE 127 V 298 Erw. 4c). Es besteht eine Vermutung, dass sie oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung Ä¼berwindbar sind.

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ PraxisgemÄ¼ss gilt nur dann - ausnahmsweise - etwas Abweichendes, wenn eine psychische KomorbiditÄ¼t von erheblicher Schwere, AusprÄ¼gung und Dauer vorliegt und/oder zusÄ¼tzliche BeeintrÄ¼chtigungen/UmstÄ¼nde gegeben sind, welche eine adÄ¼quate SchmerzbewÄ¼ltigung objektiv konstant und intensiv behindern und - aus rechtlicher Sicht (Urteile des Bundesgerichts in Sachen A. vom 29. August 2007, I 683/06, Erw. 2.2 und in Sachen J. vom 17. November 2008, 8C_362/2008, Erw. 3.2.2) - gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung Ä¼berwindbare SchmerzstÄ¼rung und somit auf eine invalidisierende GesundheitsschÄ¼digung gestatten (BGE 132 V 70 ff. Erw. 4; 131 V 50 f. Erw. 1.2; 130 V 352 ff. und 396 ff.).

4.4Ä¼Ä¼Ä¼ GestÄ¼tzt auf die Beurteilungen durch die Ä¼Ä¼rzte des Spitals G.____ und durch Dr. I.____ ist vorliegend davon auszugehen, dass die von der BeschwerdefÄ¼hrerin geklagten Schmerzen organisch nicht zu erklÄ¼ren sind, und als Symptome eines im Vordergrund stehenden Fibromyalgiesyndroms zu qualifizieren sind. Hinweise auf eine

psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer lassen sich den Akten nicht entnehmen. Eine solche kann insbesondere nicht in der von Dr. I. ___ festgestellten larvierten Depression (Urk. 8/8/60 und Urk. 8/8/61) gesehen werden. Denn diesbezüglich gilt es zu beachten, dass weder die übrigen beteiligten Ärzte eine Depression diagnostizierten noch die Beschwerdeführerin bis anhin in psychiatrischer Behandlung stand (Urk. 3/10/1 S. 2). Sodann stellte Dr. I. ___ eine larvierte Depression fest. Dabei handelt es sich um eine Depression, die von einer anderen Erkrankung überdeckt wird und sich vorwiegend durch körperliche Symptome äussert (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin/New York 2002, S. 349). Es ist daher davon auszugehen, dass es sich bei der von Dr. I. ___ festgestellten larvierten Depression um ein Leiden handelt, welches von der diagnostizierten Fibromyalgie umfasst wird und sozusagen in dieser aufgeht. Mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kann eine von der Fibromyalgie unabhängige, selbständige psychische Komorbidität von erheblicher Schwere daher ausgeschlossen werden. Demnach ist zu vermuten, dass die Beschwerdeführerin das Fibromyalgiesyndrom und dessen Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung hätte überwinden können.

4.5 Die weiteren Einwendungen der Beschwerdeführerin vermögen an diesem Beweisergebnis nichts zu ändern, weshalb es angesichts der klaren medizinischen Aktenlage keiner zusätzlichen Abklärungen bedarf. Von ergänzenden Beweismassnahmen und insbesondere der Anordnung einer weiteren medizinischen Begutachtung ist - entgegen den diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2) - daher abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 Erw. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 Erw. 4b S. 28).

4.6 Nach Gesagtem steht gestützt auf die medizinische Aktenlage daher fest, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung behinderungsangepasster, wechselbelastender und körperlich leichter Tätigkeiten vollumfänglich zuzumuten waren.

E. 5

5.1 Das Valideneinkommen ist dasjenige Einkommen, das die versicherte Person erzielen konnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG, Art. 28a Abs. 1 IVG). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen konnte (BGE 131 V 53 Erw. 5.1.2; Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2008, 9C_488/2008, Erw. 6.4). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 59 Erw. 3.1).

5.2 Vor Eintritt des Gesundheitsschadens war die Beschwerdeführerin seit dem 18. Februar 2002, vorerst im Umfang eines Arbeitspensums von 80 %, als Mitarbeiterin Hauswirtschaft bei der Klinik B. ___ tätig. Gleichzeitig war sie seit dem November 2004 im Umfang von 2 Stunden in der Woche als Gebäudereinigerin bei der C. ___ AG tätig

gewesen (Urk. 8/10/2, Urk. 8/11). Die Klinik B.____ kündigte das Arbeitsverhältnis mit der Beschwerdeführerin wegen zu langer Krankenabsenzen (Urk. 8/9 Ziff. 2.2) und somit wegen gesundheitlicher Probleme der Beschwerdeführerin. Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Umfang eines Arbeitspensums von 80 %, so wie sie dies im Jahre 2003 tat, an ihrem angestammten Arbeitsplatz bei der Klinik B.____ erwerbstätig sein würde, und dass sie daneben, wie sie dies im Jahre 2003 tat (Urk. 8/6), keine Nebenerwerbstätigkeit ausüben würde.

5.3.3 Vor Eintritt des Gesundheitsschadens hatte die Beschwerdeführerin im Jahre 2003 gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto in ihrer bisherigen Tätigkeit bei der Klinik B.____ einen Verdienst von Fr. 39'242.-- (Urk. 8/6) erzielt. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Nominallohnentwicklung im Gesundheitswesen im Jahre 2004 von 1.3 %, im Jahre 2005 von 0.6 und im Jahre 2006 von 1.4 % (Die Volkswirtschaft 1/2-2009 S. 99 Tabelle B10.2) resultiert im Jahre 2006 ein Valideneinkommen von rund Fr. 40'551.-- (Fr. 39'242.-- x 1.013 x 1.006 x 1.014).

E. 6

6.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 Stunden (1999-2000 von 41,8 Stunden; 2001-2003 von 41,7 Stunden; 2004-2005 von 41,6 Stunden; 2006-2007 von 41,7 Stunden; Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

6.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall

Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

6.3 Da die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen auf wechselbelastende und körperlich leichte Arbeitsstellen angewiesen ist, muss sie auf Grund ihres Leidens im Vergleich zu Gesunden mit einer gewissen Lohneinbusse rechnen. Die Vornahme eines leidensbedingten Abzuges vom Tabellenlohn im Umfang von 10 % ist daher gerechtfertigt. Ein weiterer Abzug rechtfertigt sich auf Grund des Aufenthaltsstatus der Beschwerdeführerin, welche als Staatsbürgerin der Staatenunion von Serbien und Montenegro beziehungsweise der Republik Kosovo über eine Niederlassungsbewilligung C verfügte (Urk. 8/3/2). Denn gemäss der Tabelle TA12 der LSE 2006 erzielten Frauen mit Niederlassungsbewilligung C im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im Jahre 2006 einen geringeren Verdienst als Schweizerinnen. Auf Grund des Aufenthaltsstatus drängt sich daher eine weitere Reduktion des tabellarischen Ansatzes von 10 % auf, weshalb insgesamt ein Abzug von 20 % vom Tabellenlohn vorzunehmen ist.

6.4 Nach Gesagtem resultiert unter Berücksichtigung des Zentralwerts für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) für Frauen im gesamten privaten Sektor der Tabelle A1 der LSE 2006 von Fr. 4'019.--, einer durchschnittlichen betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahre 2006 von 41.7 Stunden und eines Abzugs vom Tabellenlohn von 20 % bei Annahme einer Arbeitsfähigkeit in zumutbaren behinderungsangepassten Tätigkeiten von 80 % für das Jahr 2006 ein Invalideneinkommen von rund Fr. 32'178.-- (Fr. 4'019.-- x 12 Monate · 40 Stunden x 41.7 Stunden x 0.8 x 0.8).

6.5 Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 40'551.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 32'178.-- ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 8'373.--. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 20,6 % im Erwerbsbereich.

E. 7

7.1 Zu prüfen bleibt die Einschränkung im Haushalt. Für die Invaliditätsbemessung im Haushalt stellt der eingeholte Abklärungsbericht eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage dar. Rechtsprechungsgemäss bedarf es des Beizugs einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (nicht publ. Erw. 5.2.1 des Urteils BGE 134 V 9; SVR 2005 IV Nr. 21 S. 81; AHI 2004 S. 137, AHI 2001 S. 155; Urteile des EVG in Sachen M. vom 20. Dezember 2006, I 693/06, Erw. 6.2 in Sachen T. vom 28. Juli 2008, 9C_49/2008, Erw. 5.1). Für den Beweiswert von Berichten über Abklärungen

im Haushalt ist entscheidend, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der räumlichen und zeitlichen Verhältnisse sowie der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen und divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen. Der Berichtstext schliesslich muss inhaltlich plausibel, begründet und mit Bezug auf die konkreten Einschränkungen angemessen detailliert abgefasst sein sowie mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben übereinstimmen. Trifft dies alles zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift diesfalls in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht. Der Abklärungsbericht ist indes in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten. Seine grundsätzliche Massgeblichkeit erfährt daher, auch wenn die vorstehenden Anforderungen erfüllt sind, praxisgemäss Einschränkungen, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet (AHI 2001 S. 162 Erw. 3d mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008, 8C_671/2007, Erw. 3.2.1 mit Hinweisen).

7.2.1.1 Der Haushaltabklärungsbericht vom 1. Februar 2008 (Urk. 8/10) enthält eine eingehende Abklärung der Wohnverhältnisse sowie der im Haushalt der Beschwerdeführerin anfallenden Tätigkeiten. Gestützt darauf wurde ein Betätigungsvergleich vorgenommen. In Übereinstimmung mit der gesetzsmässigen (ZAK 1986 S. 235) und der im Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH in der ab 1. Januar 2004 geltenden Fassung; RZ 3095) statuierten Verwaltungspraxis wurden darin die im Haushalt anfallenden Tätigkeiten in sieben Aufgaben aufgeteilt (Haushaltführung, Ernährung, Wohnungspflege, Einkauf, Wünsche und Kleiderpflege, Kinderbetreuung, Verschiedenes) und anschliessend in Übereinstimmung mit der diesbezüglichen Verwaltungspraxis nach deren prozentualen Bedeutung im Vergleich zu sämtlichen anfallenden Tätigkeiten bewertet. Anschliessend klärte die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der medizinischen Akten für jede der sieben Tätigkeitsbereiche die konkrete Behinderung ab und ermittelte auf diese Weise eine Einschränkung im Aufgabenbereich des Haushalts von gesamthaft 26 % (Urk. 8/10 Ziff. 6.7).

7.3.1.1 Vorliegend besteht kein Anlass, das Ergebnis des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin in Zweifel zu ziehen. Dies insbesondere auch deshalb, weil - wie vorstehend erwähnt (Erw. 4.4) - zu vermuten ist, dass die Beschwerdeführerin das Fibromyalgiesyndrom und dessen Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung hätte überwinden können. Bei der Beurteilung der Behinderung in der Haushaltführung ist daher auf den Haushaltabklärungsbericht vom 1. Februar 2008 (Urk. 8/10) abzustellen, so dass als erstellt zu gelten hat, dass die Beschwerdeführerin in der Führung des Haushalts insgesamt in einem Umfang von 26 % eingeschränkt war.

7.4.1.1 Nach der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung wird bei der Bemessung der Gesamtinvalidität die Invalidität im erwerblichen Bereich mit dem Anteil des hypothetischen Teilarbeitspensums gewichtet und die Invalidität im Aufgabenbereich mit dem Anteil der Tätigkeit im Haushalt gewichtet. In dem mit 80 % gewichteten erwerblichen Bereich resultiert ein anteiliger Invaliditätsgrad von 16.5 %

(20.6 % x 0.8) %. In dem mit 20 % gewichteten Haushaltbereich resultiert bei einer gesundheitlichen Einschränkung in der Haushaltsführung von 26 % ein Invaliditätsgrad von 5.2 % (26 % x 0.2). Dies ergibt eine Gesamtinvalidität von 25.8 % und gerundet von 26 %. Damit ist ein für einen Rentenanspruch mindestens vorausgesetzter Invaliditätsgrad von 40 % nicht ausgewiesen.

E. 8

Nach Gesagtem ist daher nicht zu beanstanden dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2008 (Urk. 2) einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneinte. Die dagegen erhobene Beschwerde ist demnach abzuweisen.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert innerhalb des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 700.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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