

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00185 vom 18. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00185

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00185 du 18 novembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00185 del 18 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] vom 6. Oktober 2006). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.3 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der

prüfen (Urk. 9/7 S. 4-6). Dr. B.____ hielt ebenfalls Konzentrationsvermögen und Belastbarkeit sowie zusätzlich die Anpassungsfähigkeit für eingeschränkt (Urk. 9/7 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Folge ging die IV-Stelle von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus, folgte aber der Beurteilung ihrer Berufsberaterin, die zum Schluss gekommen war, die verbliebene Restarbeitsfähigkeit sei wegen der gesundheitlichen Einschränkung der Versicherten auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar (Urk. 9/17 S. 3). Die Berufsberaterin war in ihrem Bericht vom 20. Oktober 2003 zum Schluss gekommen, auch wenn die Versicherte zu einer gewissen Leistung im Arbeitsprozess fähig sei, sei kein Arbeitsplatz zu finden, bei dem sie nach kurzem Einsatz eine Pause einlegen könne. Die Beschwerdeführerin beschreibe recht glaubhaft ihre Beschwerden und sie scheine schon mit ihrer Hausarbeit an ihren Grenzen zu sein. Jedes mögliche Arbeitsfeld scheitere an der kurzen Belastbarkeit der Versicherten. Ideal wäre es, wenn sie einem eigenen Rhythmus nachgehen und eine Tätigkeit verteilt über den Tag ausüben könnte. Doch ohne entsprechende Kenntnisse oder eine gewisse Stellung im Arbeitsleben sei dies nicht möglich. Eine Brotätigkeit, wie es von der behandelnden Neurologin vorgeschlagen werde, sei ohne Ausbildung kaum umsetzbar. Doch die Versicherte sei nicht in der Lage, einem konzentrierten Schulalltag zu folgen, beschreibe eine Rechenschwäche, könne nicht längere Zeit am PC arbeiten und ihre Deutschkenntnisse würden eine Ausbildung zusätzlich erschweren. Zudem entspreche dieses Arbeitsfeld nicht den Neigungen der Versicherten. Sie sei handwerklich orientiert und brauche den Kontakt zu Leuten (Urk. 9/14 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Haushaltsabklärungsbericht vom 1. September 2003 (Urk. 9/10) ging die Abklärungsperson in Übereinstimmung mit der Beschwerdeführerin von einer je hauptberuflichen Erwerbstätigkeit und Tätigkeit im Haushalt aus (Urk. 9/10 S. 2, 3). Sie berechnete zudem eine Einschränkung von 11,7 % sowie daraus folgend einen Behinderungsanteil von 5,85 % (Urk. 9/10 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die erwähnten Abklärungen medizinischer, erwerblicher und berufsberaterischer Natur sowie in Bezug auf den Haushalt führten mit Verfügung vom 27. November 2003 zur Zusprache einer halben Rente samt Zusatzrente für den Ehemann und Kinderrenten ab 1. November 2002 (Urk. 9/18). Die IV-Stelle ging bei der Bemessung der Rente ebenfalls von einer je 50%igen Tätigkeit im Erwerbsebereich und im Haushalt sowie einer Einschränkung im Haushalt von 12 % aus. Im Weiteren nahm die Beschwerdegegnerin an, der Versicherten sei die Ausübung einer an sich möglichen angepassten Tätigkeit im Umfang von 50 % nicht mehr zumutbar. Somit ergab sich ein Invaliditätsgrad von 56 % (Urk. 9/17/2).

3.2.2.Ä Ä Die IV-Stelle leitete das erste Rentenrevisionsverfahren bereits am 14. Januar 2004 ein (Urk. 9/20; Urk. 9/23 S. 1). Dr. A.____ führte im Bericht vom 5. Februar 2004 (Urk. 9/22) aus, der Gesundheitszustand sei stationär. Die Beschwerdeführerin stehe nach der neurologischen Gesamtbeurteilung unter der spezifischen Therapie mit Rebif, welche die Aktivität, die Ausbreitung und die Schwere der Multiplen Sklerose reduzieren respektive verhindern sollte. Obwohl die Beschwerdeführerin gut auf die Therapie anspreche, könne sie knapp die Hausarbeiten verrichten und müsse sich ihren Alltag sehr gut einteilen. Episodenhaft sei sie immer wieder müde, geschwächt, zum Teil unsicher auf den Beinen und beim Gehen werde ihr schwindlig. Der Gesundheitszustand sei stationär bis sich verschlechternd. Aus medizinischen Gründen

sei der Beschwerdeführerin eine Erwerbstätigkeit nicht mehr zumutbar, daher sei ihr ab dem 1. Januar 2004 ein Invaliditätsgrad von 66 % zuzubilligen (Urk. 9/22 S. 3).

3.2.3.1 Am 9. Juli 2004 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass sie seit 25. Juni 2004 mit einem Pensum von vier Stunden pro Woche wieder arbeite (Urk. 9/26; Rahmenvertrag mit der Y. ___ vom 21. Juni 2004; Urk. 28 S. 3 und 4). Dieser neue Umstand führte am 9. September 2004 zur Einleitung des zweiten Revisionsverfahrens (Urk. 9/29). Dabei berichtete Dr. A. ___ am 23. September 2004 (Urk. 9/31), trotz intensiver Therapie mit drei Mal Rebif pro Woche seit Februar 2003 habe sich aktuell der fünfte Schub der Multiplen Sklerose ereignet, der von der Beschwerdeführerin subjektiv als sehr stark empfunden worden und objektiv auch so abgelaufen sei. Im Allgemeinen habe sich der Allgemeinzustand der Beschwerdeführerin leicht verschlechtert. Daher müsse aktuell von einer ziemlich sicher nicht verbesserbaren Arbeitsunfähigkeit von 66 % ausgegangen werden. Die Versicherte habe eine gute Compliance und mache alles, was in ihren Möglichkeiten stehe (Urk. 9/31 S. 3). Nachdem die IV-Stelle von der Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin den Fragebogen vom 16. November 2004 (Urk. 9/32) eingeholt hatte, änderte sie an der Berechnung des Invaliditätsgrades nichts, bezifferte diesen erneut auf 56 % und teilte der Beschwerdeführerin am 6. Dezember 2004 mit, sie habe keine Änderung festgestellt, die sich auf die Rente auswirke (Urk. 9/33 S. 2 und Urk. 34). Trotz der Beurteilung von Dr. A. ___ gelangte die IV-Stelle erneut zum Entscheid, dass sich keine rentenbeeinflussende Änderung des Gesundheitszustandes ergeben habe (Urk. 9/34).

3.2.4.1 Mit Eingabe vom 28. März 2006 stellte die Versicherte das Gesuch, ein Rentenrevisionsverfahren einzuleiten. Ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, sie arbeite aus gesundheitlichen Gründen seit Januar 2006 nicht mehr bei der Y. ___ und sei nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 9/39). Auf Aufforderung der IV-Stelle hin (Urk. 9/40) machte sie am 2. Mai 2006 unter anderem geltend, im Wesentlichen habe sich ihr Gesundheitszustand in den letzten Jahren und Monaten schubweise verschlechtert. Es beständen immer grössere Konzentrations- und Gedächtnisschwächen, Kribbeln in den Beinen bis zur Gefühllosigkeit, das linke Bein mache sich von Zeit zu Zeit für einige Sekundenbruchteile selbständig, sie leide unter Müdigkeit und sei anfällig für Grippe (Urk. 9/41/1). Im Bericht vom 17. Mai 2006 (Urk. 9/44 S. 5) bestätigte Dr. A. ___ zunächst die bereits bekannten Diagnosen und führte neu eine Rhinopathia allergica und eine asthmoide Bronchitis an. Sodann hielt Dr. A. ___ fest, dass sich der Allgemeinzustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe. Aufgrund der jetzigen Situation im Rahmen der Grundkrankheit und wegen der Schwere der Versicherten aus medizinischer Sicht ab August 2005 eine 100%ige Rente gewährt werden (Urk. 9/44 S. 5).

Im Vorbescheid vom 5. April 2007 (Urk. 9/50 S. 2) wich die IV-Stelle von ihrer bisherigen Betrachtungsweise ab. Sie argumentierte, bisher sei sie fälschlicherweise von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Ihre Abklärungen hätten ergeben, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege. Es bestehe jedoch aus ärztlicher Sicht eine maximale Restarbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit. Mit dieser Restarbeitsfähigkeit könne sie ein Jahreseinkommen von Fr. 24'535.50 erzielen. Da es durch den schubweisen Verlauf der Erkrankung und die hochfrequente Therapie immer wieder zu Absenzen komme, die Beschwerdeführerin die dominante Hand nicht mehr voll einsetzen könne und sie in

ihrer Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt sei, verringere sich das Invalideneinkommen um 25 %. Dieses betrage somit Fr. 18'401.60. Im Haushaltsbereich ging die Beschwerdegegnerin von unveränderten Verhältnissen aus, so dass sich ein Invaliditätsgrad von (50 % x 33 % =) 17 % zuzüglich 6 % Einschränkung im Haushaltsbereich ergab, mithin total 23 % (Urk. 9/50 S. 2).

Die Beschwerdeführerin hielt diesen Ausführungen im Einwand vom 11. Mai 2007 (Urk. 9/55) entgegen, den Berichten von Dr. B. ___ vom 8. Mai 2007 (Urk. 9/54 S. 1 f.) und von Dr. A. ___ vom 17. Mai 2006 (Urk. 9/54 S. 3) sei zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit anderthalb Jahren deutlich verschlechtert habe, weshalb sie aus neurologischer Sicht seit Januar 2006 nicht mehr arbeitsfähig sei. Nebst rezidivierenden Schüben mit neurologischen Ausfällen ständen ein ausgeprägtes Fatiguesyndrom und neuropsychologische Ausfälle im Vordergrund, was zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Im Haushaltsbereich sei sie zu 50 % eingeschränkt, bei einem Schub gänzlich, und auch sonst sei sie auf die Hilfe ihres Ehemannes angewiesen. Die Dauerbehinderung bestehe vor allem im kognitiven Bereich, in einer psychomotorischen Verlangsamung, einem Fatiguesyndrom mit deutlich verminderter Belastbarkeit und schneller Erschöpfbarkeit. Im Weiteren bestehe eine reduzierte kognitive Flexibilität, was sich vor allem in der Planung auswirke (Urk. 9/54 S. 1).

In der Folge holte die IV-Stelle das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 30. April 2008 (Urk. 9/65) ein. Als Gutachterin unterzeichnete Dr. med. C. ___, Fachärztin für Innere Medizin, wobei die Schlussbesprechung am 23. April 2008 mit Chefarzt Dr. med. D. ___, Facharzt für Rheumatologie, erfolgte, der das Gutachten mitunterzeichnete (Urk. 9/65 S. 10 und 12). Als Konsiliargutachter wirkten zudem Dr. med. E. ___, Facharzt für Kardiologie, Dr. med. F. ___, Facharzt für Neurologie sowie Dr. med. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit (Urk. 9/65 S. 9).

Die

Gutachter diagnostizierten im Rahmen der von ihnen vorgenommenen Gesamtbeurteilung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schubförmig remittierende Multiple Sklerose mit einem aktuellen EDSS (Expanded Disability Status Score) von 3.5. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannten sie eine grenzwertige arterielle Hypertonie bei Status nach Operation einer Aortenisthmusstenose 1986 sowie bikuspiden Aortenklappe mit leichter Aorteninsuffizienz. Zur Arbeitsfähigkeit hielten sie fest, aufgrund der vom Neurologen beschriebenen pathologischen Befunde wie Spastizität, Ataxie, Sensibilitätsstörung und neuropsychologische Defizite erachteten sie die Versicherte in einer leichten leidensangepassten Tätigkeit nur noch zu maximal 50 % von einem Normalpensum (das heisst zirka 4 Stunden täglich) für arbeitsfähig. Die Versicherte sei jetzt tatsächlich nur als Hausfrau tätig; gemäss der Haushaltsabklärung vom 1. September 2003 sei eine Einschränkung im Haushalt von 11.7 % festgestellt worden; aus den Akten sei nicht ersichtlich, ob nach dem 1. September 2003 nochmals eine Haushaltsabklärung stattgefunden habe. Aufgrund der von ihnen erhobenen Befunde habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten aus neurologischer Sicht seit 2003 verschlechtert. Sie schätzten die dadurch bedingte Einschränkung im Haushalt heute auf annähernd gegen 50 %. Eine erneute Haushaltsabklärung sei angezeigt. Aus denselben

medizinischen Gründen sei die Versicherte auch für jede alternative leidensangepasste aussergewöhnliche Tätigkeit nur zu 50 % arbeitsfähig. Medizinische Massnahmen könnten die Arbeitsfähigkeit nicht verbessern. Die Fortsetzung der Interferon-Therapie sei natürlich angezeigt. Dies gelte nicht für berufliche Massnahmen. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sei bereits 2001 auf 50 % geschützt worden und ihre Beurteilung sei damit übereinstimmend. Die Prognose sei ungewiss, es müsse wahrscheinlich mit einem progredienten Krankheitsverlauf gerechnet werden (Urk. 9/65 S. 10-12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im in der Folge neu erstellten Haushaltsabklärungsbericht vom 10. Juli 2008 (Urk. 9/67) qualifizierte die Abklärungsperson die Beschwerdeführerin übereinstimmend mit deren diesbezüglichen Angaben neu als 60 % Erwerbstätige und 40 % im Haushalt Tätige (Urk. 9/67 S. 4) und legte die Einschränkung im Haushalt ab August 2007 (Urk. 9/67 S. 9) auf 18,4 % bei einem Behinderungsanteil von 7,36 % fest.

E. 3.3

3.3.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Berichte der Dres. A. ___ und B. ___ (Urk. 9/5 S. 5, 9/7 S. 5) hat bei der Versicherten im Zeitraum von November 2001 bis zur rentenzusprechenden Verfügung vom 27. November 2003 (Urk. 9/18) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestanden. Bereits anlässlich der ersten Rentenrevision von 2004 (Urk. 9/20) verlangte Dr. A. ___ ab 1. Januar 2004 die Anerkennung eines 66%igen Invaliditätsgrades. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich dagegen nicht (Urk. 9/22). Hierbei basierte seine Beurteilung ausschliesslich auf den subjektiven Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin. Objektive Befunde, welche eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes belegt hätten, führte er nicht auf. In der Folge blieb die Mitteilung der IV-Stelle unangefochten, mit welcher festgestellt wurde, es habe keine Gesundheitsveränderung gegeben. Auch anlässlich der zweiten Rentenrevision von 2004 (Urk. 9/29) sprach Dr. A. ___ aufgrund eines weiteren Multiple-Sklerose-Schubes von einer leichten Verschlechterung des Allgemeinzustandes und einer Arbeitsunfähigkeit von 66 %, welche er mit der Erwerbsunfähigkeit gleichsetzte (Urk. 9/31). Der Hausarzt führte für die geltend gemachte Gesundheitsverschlechterung wieder keine objektivierbaren Befunde auf und erlaubte auch nicht, weshalb die leichte Gesundheitsverschlechterung einen erheblichen Einfluss auf die verbleibende Restarbeitsfähigkeit habe. Die IV-Stelle wiederum bestätigte mit Mitteilung vom 6. Dezember 2004 (Urk. 9/34) erneut aufgrund eines unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine halbe Rente.

3.3.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts der medizinischen Aktenlage im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprechung vom 27. November 2003 (Urk. 9/18) erscheint diese keineswegs als unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG. Es bleibt daher zu prüfen, ob im Zeitraum zwischen dieser Mitteilung vom 6. Dezember 2004 und dem 22. Januar 2009 (Urk. 2), als die rentenaufhebende Verfügung erging, eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Veränderung im Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erfolgt ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Entscheid vorwiegend auf das MEDAS-Gutachten vom 30. April 2008 (Urk. 9/65), dessen Diagnose in Bezug auf

das Hauptleiden, die Multiple Sklerose, mit der Diagnose der behandelnden Ärzte übereinstimmt. Während jedoch die Dres. A. ___ und B. ___ von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ausgingen, attestierten die Gutachter der Beschwerdeführerin lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit.

E. 3.4

3.4.1.1 Dr. A. ___ war in seinem Bericht vom 13. Mai 2003 (Urk. 9/5 S. 5) ebenfalls noch von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen, hat aber bereits im Bericht vom 5. Februar 2004 (Urk. 9/22 S. 3) sowie später auch in jenem vom 23. September 2004 (Urk. 9/31 S. 3) eine Erwerbstätigkeit als gar nicht mehr zumutbar erachtet und die Meinung vertreten, der Beschwerdeführerin sei ab 1. Januar 2004 eine ganze Rente zuzusprechen. Im Bericht vom 17. Mai 2006 (Urk. 9/44) attestierte Dr. A. ___ der Beschwerdeführerin sodann aufgrund einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes ab August 2005 ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 9/44 S. 5).

Auch die Neurologin Dr. B. ___ bescheinigte der Beschwerdeführerin am 8. Mai 2007 (Urk. 9/54) aufgrund der durch die Multiple Sklerose verursachten Schädigung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, dies aber seit Januar 2006. Im Bericht vom 3. Juni 2004 (Urk. 9/7) war auch sie noch von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen.

3.4.2.1 Das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene MEDAS-Gutachten vom 30. April 2008 (Urk. 9/65) erfüllt formal die von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein beweisrechtlich überzeugendes Gutachten. Die Beschwerdeführerin wurde bezüglich ihres Leidens multidisziplinär untersucht. Die Vorakten und ihre persönlichen Aussagen fanden Berücksichtigung. Dass die MEDAS-Gutachter von einer Gesundheitsverschlechterung seit 2003 ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit, jedoch mit Einfluss auf die Tätigkeiten im Haushalt ausgingen, lässt sich nicht ohne weiteres auf eine Widersprüchlichkeit schliessen. Denn die verschiedenen anfallenden Haushaltstätigkeiten sind naturgemäss vorgegeben. Insoweit besteht grundsätzlich keine Flexibilität im Sinne von Ausweichmöglichkeiten auf andere Aktivitäten. Demgegenüber sehen die verschiedenen Erwerbstätigkeiten mehr oder weniger unterschiedliche Belastungsschwerpunkte vor, weshalb jene dem Gesundheitszustand besser angepasst werden können.

3.4.3.1 Betreffend den Inhalt des MEDAS-Gutachtens (Urk. 9/65) nahm Dr. F. ___ konsiliarisch die neurologische Beurteilung vor und führte im Bericht vom 14. Februar 2008 (Urk. 9/65 S. 20 ff.) aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein beinbetontes, aber auch die Arme einbeziehendes, mittelschweres ataktisches Syndrom, verbunden mit einer spastisch-ataktischen Gangstörung und einer rechtsseitigen sensiblen Hemisymptomatik aufgrund einer seit sechs Jahren bestehenden, gesicherten, schubförmigen Multiplen Sklerose. Dr. F. ___ wies darauf hin, gravierender als die Krankheit selber seien in der Regel die mit der Krankheit einher gehenden neuropsychologischen Effekte, welche jedoch im Rahmen eines normalen Somatoneurostatus nicht erhoben würden. Die neuropsychologischen Auswirkungen liessen sich entweder mittels einer ergänzenden neuropsychologischen Austestung objektivieren, könnten aber durchaus glaubhaft auch gestützt auf die vorliegenden

Berichte erfolgen.

Die in der Regel mit Multipler Sklerose einhergehenden kognitiven Beeinträchtigungen traten in erster Linie in Form eines chronischen Fatigue-Syndroms auf. Zudem seien exekutive Funktionen wie Entscheidungsfindung, Planung und Impulskontrolle betroffen. Auf der adaptierten Behinderungsskala von 0 bis 10 nach Kurtzke EDSS resultierte eine Behinderung von 3.5-4.0. Schon diesen Behinderungsgrad erachtete Dr. F. ___ als unvereinbar mit einer Arbeitsfähigkeit über 50 %. Weiter hielt er fest, schwerwiegender, objektiv jedoch nicht erfasst, seien die Beeinträchtigungen kognitiver Art im Hinblick auf die realisierbare Arbeitsfähigkeit. Schliesslich erkannte er keine situationsverbessernden Massnahmen (Urk. 9/65 S. 20-21).

In der Schlussbesprechung vom 23. April 2008 (Urk. 9/65 S. 10 ff.), an welcher die Dres. C. ___ und D. ___ teilnahmen, nicht aber Dr. F. ___, nahmen die beiden Ärzte die neurologischen Befunde von Dr. F. ___ auf und hielten fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Erkrankung bestehe (Urk. 9/65 S. 10). Sie beurteilten die Beschwerdeführerin in einer leichten leidensangepassten Tätigkeit als maximal zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 9/65 S. 11).

3.4.4 Diese Einschätzung auf eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten leidensangepassten Tätigkeit entspricht Dr. F. ___s fachärztlicher konsiliarischer Beurteilung. Indessen brachte Dr. F. ___ in seinen Ausführungen zusätzlich zum Ausdruck, dass er die kognitiven Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht objektivieren konnte beziehungsweise nicht objektiviert hat und sie somit in seiner Beurteilung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit unberücksichtigt geblieben sind. Indem er jedoch diese kognitiven Einschränkungen als "schwerwiegender" erachtet hat als jene, welche allein schon zu einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 50 % führen würden, kann nicht unbeschadet von dieser 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Denn ein schweres, eine Multiple-Sklerose-Erkrankung begleitendes Fatigue-Syndrom, wie es von der MEDAS nicht ausdrücklich diagnostiziert worden ist (Urk. 9/65/11), muss sich zusätzlich auf die Leistungsfähigkeit und damit die Arbeitsfähigkeit auswirken. Dasselbe gilt für die von Dr. F. ___ genannten Einschränkungen in den exekutiven Funktionen, welche ebenfalls von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sein müssen. In diesem Sinne ist Dr. F. ___s Bescheinigung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit als obere Limite zu verstehen, welche aufgrund weiterer, ergänzender Abklärungen oder allenfalls gestützt auf die bereits vorliegenden medizinischen Berichte in erheblicher Weise nach unten zu korrigieren wäre. Dies lässt sich auch daran erkennen, dass Dr. F. ___ die fachliche Kompetenz der behandelnden Neurologin, Dr. B. ___, betont und sich so indirekt ihrer Sichtweise angeschlossen hat (Urk. 9/65 S. 21), welche von einer progredienten Verschlechterung des Gesundheitszustandes und einem nicht etwa untergeordneten, sondern einem "vordergründigen" Fatigue-Syndrom sowie von neurologischen Ausfällen ausgegangen ist. Sie hat offenbar in ihrer Beurteilung die kognitiven Beeinträchtigungen mit erfasst und der Beschwerdeführerin aufgrund dessen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 9/54). Ferner ist es zwar richtig, dass Dr. G. ___ keine psychische Erkrankung diagnostizieren konnte. Allerdings ist auch ihm das offensichtlich vorhandene, somatisch bedingte Fatigue-Syndrom nicht entgangen, hielt er doch in seiner Befundaufnahme vom 30. Januar 2008 (Urk. 9/65 S. 22 ff.) fest, die Sprache der Beschwerdeführerin wirke getragen, mässig moduliert, eher leise und etwas matt.

Ebenso müde wirke ihr Gesichtsausdruck, und sie sei in ihrer Vitalit etwas reduziert (Urk. 9/65 S. 24). Weiter bemerkte er, die von der Beschwerdeführerin erwähnte Müdigkeit und die Leistungseinbusse seien durch die körperliche Krankheit, das heisst nicht psychisch bedingt (Urk. 9/65 S. 25).

 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Neurologe Dr. F. - übereinstimmend mit seiner Fachkollegin Dr. B. - ebenfalls ein erhebliches Fatigue-Syndrom in den Vordergrund gestellt hat, welches die Beschwerdeführerin in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit zusätzlich wesentlich einschränkt. Zudem hat er die Meinung vertreten, dass für eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die von ihm nicht erfassten, jedoch klar vorhandenen kognitiven Einschränkungen abgeklärt werden müssten. Dies bedeutet, dass ein wichtiger Aspekt der neurologischen Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit durch Dr. F. in der durch die Dres. C.Å und D. vorgenommenen MEDAS-Gesamtbeurteilung unberücksichtigt geblieben ist. Dies muss aufgrund des Gesagten als Mangel der MEDAS-Beurteilung betrachtet werden.

 In diesem Zusammenhang ist auf die Ausführungen im Abklärungsbericht Haushalt hinzuweisen, welche die Ausführungen Dr. F.s und von Dr. B. in Bezug auf die exekutiven Funktionen und die Müdigkeit praxisbezogen durchaus bestätigen: Die Abklärungsperson hielt nämlich fest, eines der grössten Probleme der Versicherten sei die Vergesslichkeit, welche in letzter Zeit immer schlimmer geworden sei. Ebenfalls sei die Müdigkeit mit deutlich verminderter Belastbarkeit und schneller Erschöpfung sehr belastend und schränke sie im Alltag ein. Für alle Tätigkeiten brauche sie mehr Zeit und Energie. Sie benütze während dem Tag mehrere Ruhe-/Erholungsphasen, damit sie wieder Kraft und Energie tanken könne (Urk. 9/67/2). Nach der Arbeit sei sie jeweils "fix und fertig" gewesen und habe keine Energie und Kraft mehr für Haushaltsarbeiten und für die Kinder aufbringen können (Urk. 9/67/4).

3.5 Bei dieser Sachlage steht das Ausmass der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin noch nicht zuverlässig genug fest. Der Einfluss des Fatigue-Syndroms sowie die Auswirkungen der Krankheit der Versicherten auf die exekutiven Funktionen ist bisher nicht respektive unvollständig abgeklärt worden. In dieser Beziehung ist eine Ergänzung der gutachterlichen Ausführungen erforderlich. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ergänzende Abklärungen einleitet, wobei diese mit einer neuropsychologischen Untersuchung und Beurteilung in Bezug auf die nicht objektivierbaren, für die Krankheit aber typischen Symptome zu kombinieren ist. Da sich sowohl das Fatigue-Syndrom als auch die kognitiven Beeinträchtigungen in massgeblicher Weise auf die Fähigkeit der Versicherten, den Haushalt zu führen, auswirken können, ist ferner aufgrund der Ergebnisse der ergänzenden medizinischen Abklärungen eine Stellungnahme der Haushaltsabklrungsperson einzuholen oder eine ergänzende Haushaltsabklärung vorzunehmen. Danach hat die Beschwerdegegnerin erneut zu entscheiden. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 4

4.1 Nach stndiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U

199/02, E. 6 mit Hinweisen). Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

4.2. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, der Rechtsdienst Integration Handicap, weist in der Kostennote vom 17. Februar 2011 (Urk. 19) einen Zeitaufwand von 9 Stunden und Barauslagen von Fr. 32.30 aus. Diese Aufwendungen erscheinen angemessen. Beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 170.-- resultiert daraus eine Entschädigung von Fr. 1'687.30 ([9 Stunden × Fr. 170.-- + Fr. 32.30] + 8 % Mehrwertsteuer). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Beschwerdeführerin in diesem Umfang zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 22. Januar 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit sie nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfährt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'687.30 (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsdienst Integration Handicap
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

7. 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.