

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00413 vom 29. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00413

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00413 du 29 septembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00413 del 29 settembre 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. 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]). 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in

den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

2.2.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

E. 2.3

2.3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und 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 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.3.2.2 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, 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 (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 ter IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin 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 Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. Erw. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

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 es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise

begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, sowie ob der Experte nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihm die Beantwortung der Fragen erschweren, gegebenenfalls deutlich macht (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c, je mit Hinweisen; Meyer-Blaser in: H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 4., ergänzte Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 3

3.1 Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin als teilerwerbstätige Hausfrau (mit einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 80 % und einem Anteil der Haushaltstätigkeit von 20 %) einzustufen und die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode vorzunehmen ist (vgl. Erwägung 2.3.2). Strittig und zu präferen ist jedoch das Ausmass ihrer Einschränkung in der Erwerbstätigkeit und im Haushalt.

3.2 Die Beschwerdegegnerin machte geltend, das Valideneinkommen von Fr. 30'305.20 liege 8,5 % unter dem in der Reinigungsbranche üblichen Wert. Das Invalideneinkommen sei aufgrund der LSE (Lohn für Hilfsarbeiten) zu ermitteln. Bei einem - gemäss den durchgeführten und in der vorliegenden Beschwerde unbestritten gebliebenen medizinischen Abklärungen zumutbaren - Pensum von 80 % und unter Berücksichtigung eines Abzuges von 25 %, in welchem auch der Abzug wegen des unterdurchschnittlichen Einkommens enthalten sei, belaufe sich dieses auf Fr. 30'166.60. Es ergebe sich somit eine Einschränkung im Erwerbsbereich von 0,46 % resp. ein Teilinvaliditätsgrad von 0,37 % (Urk. 6 Seite 3). Die Bemessung der Einschränkung im Haushalt durch die Abklärungsperson mit 28 % erscheine unter Berücksichtigung der vorhandenen medizinischen Akten als durchaus gerechtfertigt. Für den Haushaltbereich ergebe sich somit ein Teilinvaliditätsgrad von 5,6 % (Urk. 6 Seite 4). Bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von rund 6 % bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 6 Seite 4).

3.3 Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, dass über zwei Jahre alte medizinische Berichterstattungen gerade bei psychogenen Erkrankungen für den aktuellen Zeitpunkt des Verfügungserlasses weitgehend wertlos seien, weil gerade der Zeitverlauf erheblichen Einfluss auf diese Erkrankungsart habe. Ausserdem könne auch bei bestehender Arbeitsfähigkeit auf eine Unzumutbarkeit geschlossen werden. Die Rechtsprechung habe dafür eine differenzierte Praxis entwickelt. Die Beschwerdegegnerin setze sich mit dieser rechtsprechungsgemässen Unzumutbarkeitsbeurteilung nicht auseinander. Die Ausführungen des Sachbearbeiters im Abklärungsbericht liessen zwingend darauf schliessen, dass er jedenfalls keine genügende juristische Ausbildung habe (Urk. 1 Seite 5).

E. 4

4.1 Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin wegen eines hochgradigen Verdachtes auf ein Mamma-Carzinom vom 2. bis 9. Mai in der Frauenklinik des Spitals K. hospitalisiert war. Dort wurden am 3. Mai 2005 eine Tumorektomie und Lymphonektomie rechts durchgeführt (Urk. 7/12/6). Im Weiteren wurde bei R1-Resektion im Schnellschnitt direkt eine Nachresektion vorgenommen. Hier zeigten sich randbildend eine Lymphangiosis carcinomatosa sowie mikroinvasive Carcinomherde. Eine Ablatio mamma lehnte die Beschwerdeführerin ab. Das weitere Tumorstaging ergab bezüglich Metastasensuche ein unauffälliges Ergebnis (Urk. 7/13/7). In der Folge wurden bis zum 13. September 2005 in der Klinik für Radio-Onkologie des Spitals L. sechs Zyklen Chemotherapie durchgeführt, wobei es

bei der letzten Injektion zu einem Paravasat am linken Handrücken kam (Urk. 8/13/8). Vom 1. November bis 15. Dezember 2005 unterzog sich die Beschwerdeführerin gleichenorts einer Radiotherapie. Anlässlich des Abschlussgespräches fanden sich palpatorisch ein unauffälliger Befund der Mamma links und eine freie Axilla. Bei Status nach Paravasat zeigte sich hingegen ein grossflächiges Erythem und Ödem des linken oberen Handrückens und Handgelenkes mit zentral des Befundes gelegener Ulceration (4 x 3 Zentimeter), Fibrin-belegt, Teleangiektasien sowie vernarbten Hautvenen im Bereich des Unterarmes, welche bei Berührung stark dolent waren. Das initial vorgelegene Erythem und Ödem bildete sich zwar relativ rasch zurück. Es verblieb jedoch eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung mit Tendenz der Ausbreitung auf das Ellenbogen- und Schultergelenk (Urk. 7/13/8). Am 24. November 2005 fand eine konsiliarärztliche Untersuchung bei F. ____, FMH Rheumatologie, von der Klinik für Rheumatologie des Spitals L. ____. Dieser erhob einen Verdacht auf ein möglicherweise durchgemachtes komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) I (Algodystrophie, Morbus Sudeck) der linken Handwurzel bei Status nach onkologischer Infusion und empfahl eine ergotherapeutische Behandlung sowie eine Lymphdrainage durch die Physiotherapeutin (Urk. 7/13/8 und Urk. 7/68/3). In der Folge wurde im Spital L. ____. eine intensive Physiotherapie (insgesamt 50 Sitzungen) durchgeführt. Diese führte zunächst zu einem deutlich verbesserten Befund (Urk. 7/13/8). Laut den Angaben der Beschwerdeführerin kam es jedoch in den letzten Wochen vor Abschluss der Therapie (März 2006) zu einer Verschlechterung der Symptomatik (Urk. 7/13/9). Die Beschwerdeführerin wurde deshalb erneut an F. ____ überwiesen. Die von ihm am 10. April 2006 vorgenommene röntgenologische Verlaufsbeurteilung ergab eine deutliche Abnahme der verminderten Mineralisation am distalen Radius und MTP V links. Er stellte fest, dass der objektive Verlauf günstig sei, nicht jedoch der subjektive, und riet erneut zur Durchführung einer Ergotherapie (Urk. 7/68/1). Am 4. Juli 2006 fand in der Klinik für Radio-Onkologie des Spitals L. ____. eine Verlaufsbeurteilung statt. Im betreffenden Bericht an den Hausarzt, B. ____, vom 4. Juli 2006 wurde festgehalten, dass sich sechs Monate nach adjuvanter Radiotherapie des Mamma-Carzinoms rechts weder klinisch noch anamnestisch ein Hinweis auf Rezidivierung oder Fernmetastasierung ergebe. Weiterhin sei die Beschwerdeführerin lediglich beeinträchtigt durch die Bewegungseinschränkung im linken Handgelenk, wobei die Schmerzsymptomatik deutlich rückläufig sei. Eine Schmerzmedikation werde nicht mehr eingenommen. Physiotherapie werde weiterhin intensiv (zweimal pro Woche) durchgeführt (Urk. 7/35/2). Seit dem 29. Oktober 2007 steht die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Behandlung bei E. ____ (Urk. 7/79/8).

E. 4.2

4.2.1. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, B. ____, führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 4. Juli 2006 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein invasives ductales Mamma-Carzinom rechts sowie ein Paravasat auf dem linken Handrücken durch ein Chemotherapeutikum an (Urk. 7/18/5). Die Beschwerdeführerin stehe seit September 2005 bei ihm in Behandlung. Zuerst habe er sie zu 100 % und ab dem 1. März 2006 zu 50 % krankgeschrieben. Diese Arbeitsunfähigkeit bleibe im Moment weiter bestehen (Urk. 7/18/6).

4.2.2. Die Ärzte der Klinik für Radio-Onkologie des Spitals L. ____. nannten in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 30. Mai 2006 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf ein CRPS I (Algodystrophie,

Morbus Sudeck) linke Hand und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach invasiv ductalem Mamma-Carzinom rechts, Stadium pT1c, pN2, G3, M0, R1-Resektion am 3. Mai 2005. In der Zeit der Bestrahlung an der Mamma (1. November bis 15. Dezember 2005) sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die krankheitsbedingten körperlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin resultierten aus der infolge des Paravasates eingetretenen Algodystrophie/Morbus Sudeck. Inwiefern die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könne und ob berufliche Massnahmen angezeigt seien, sei fachärztlich abzuklären (Urk. 7/13/5).

4.2.3.4 F. von der Klinik für Rheumatologie des Spitals L. erhob in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 22. August 2007 einen Verdacht auf ein möglicherweise durchgemachtes CRPS I (Algodystrophie, Morbus Sudeck) der linken Handwurzel bei Status nach onkologischer Infusion. Da die letzte Sitzung vom 10. April 2006 weit zurückliege, könne er zum aktuellen Stand heute keine Auskunft geben. Grundsätzlich sei damals der Befund geringgradig und die Prognose günstig gewesen (Urk. 7/55/7). Seinerseits habe er der Beschwerdeführerin bei den Untersuchungen vom 24. November 2005 und 10. April 2006 keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7/55/8).

4.2.4.4 G., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und C. von der Klinik M. diagnostizierten im psychiatrischen Gutachten eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1 [Urk. 7/54/7]). Aus psychiatrischer Sicht könne rein unter Berücksichtigung der vorliegenden depressiven Störung von einer weiteren Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit für 6 Stunden pro Tag ausgegangen werden. Diese Beurteilung sei selbstverständlich durch fachärztliche Stellungnahmen zum somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu ergänzen (Urk. 7/54/7). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe insbesondere durch die krankheitsbedingte Störung der Antriebslage, des Arbeitstempos, der Konzentration, der Flexibilität und der allgemeinen psychischen Belastbarkeit. Die psychischen Einschränkungen seien dabei so allgemeiner Natur, dass sie sowohl für die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft als auch für mögliche somatisch adaptierte Tätigkeiten gültig seien. Im Haushalt bestehe aus psychiatrischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/54/8).

4.2.5.4 D. erhob in seinem im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstatteten rheumatologischen Gutachten vom 29. Februar 2008 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" (1) eine Periarthropathia humeroscapularis (PHS) partim ancylosans rechts (ICD-10 M75.0), bei/mit Status nach axillärer Lymphknotenexzision im Mai 2005, Status nach Radiotherapie supraclaviculär und axillär im November/Dezember 2005 und verminderter Belastbarkeit des rechten Armes, (2) anamnestisch Algodystrophie Stadium III linke Hand (ICD-10 M79.6) bei/mit Status nach Paravasat der Chemotherapie am Handrücken links, Narbenplatte am Handrücken mit wahrscheinlich Einbezug der Extensorsehnen, Flexionsdefizit MCP II-V, Flexionskontrakturen PIP III und IV und funktionellem Defizit (Faustschluss, Spitzgriff und Handkraft links), (3) eine Periarthropathia genu beidseits (ICD-10 M54.4) bei/mit klinischem Verdacht auf Chondropathia patellae beidseits, wahrscheinlich überlastungsbedingt und Einschränkung bezüglich Gehen, Stehen und Knien, (4) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom (ICD-10 M54.4) beidseits bei/mit Wirbelsäulenfehlhaltung, leichten degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, leichter muskulärer Dysbalance, Fehlstatik, Dekonditionierung bei

Selbstlimitierung und Schonverhalten und leicht verminderter Belastbarkeit des Achsenorgans sowie (5) beginnende Fingerpolyarthrosen beidseits (ICD-10 M15.9) bei/mit Einschränkungen von Handkraft, repetitivem Greifen und Feinmotorik (Urk. 7/69/14). Bei den beklagten Symptomen und den erhobenen Befunden erschienen aus arbeitsmedizinischer Sicht vorwiegend körperlich leichte Arbeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechsellagen ohne längeres Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Knien mit vorwiegend leichten Tätigkeiten, ausgeübt mit dem rechten Arm in Schulter-adaptierten Positionen unter gelegentlichem Einsatz der linken Hand für Haltefunktionen ohne grössere Beanspruchung der Kraft oder Feinmotorik beider Hände (Urk. 7/69/15). Eine leichte Putztätigkeit erscheine aus rein rheumatologischer Sicht ebenso wie gewisse Arbeitsbereiche der Haushaltsführung vornehmlich durch die Einschränkungen für bimanuell kräftige Arbeiten limitiert. Leidensadaptierte leichte Tätigkeiten, die vornehmlich in angepassten Positionen mit dem rechten Arm auszuführen sind, seien aus rein rheumatologischer Sicht in etwa 70%igem Pensum zumutbar, sodass leidensadaptierte Tätigkeiten aus somatischer Sicht in dem vom Psychiater für zumutbar erachteten 6-Stunden-Pensum pro Tag möglich werden sollten. Die Führung des Haushaltes sollte rein aufgrund der heute am Bewegungsapparat zu erhebenden Befunde in einem deutlich grösseren Ausmass als derzeit, unter maximaler Entlastung durch die Tochter, praktiziert möglich werden (Urk. 7/69/16).

4.2.6. E. erhob in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 6. Oktober 2008 unter dem Titel «Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» Angst und reaktive Depression gemischt (ICD-10 F43.22, reaktiv auf Brust-OP mit anhaltenden somatoformen Störungen, Kopfschmerzen und besonders linke Hand) und unter dem Titel «Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (ICD-10 F45.5 [Urk. 7/79/8]). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär bis besserungsfähig (Urk. 7/79/4). In der bisherigen Tätigkeit sei sie seit dem 1. April 2008 bis jetzt zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 7/79/8), ebenso auch in einer behinderungsangepassten leichten Tätigkeit (Urk. 7/79/6). Aufgrund der somatischen Befunde werde die Prognose unverändert bleiben, da sich die Beschwerdeführerin von ihren Schmerzen und der Erkrankung nicht distanzieren könne. Trotz der Behandlung mit Trittico 100mg nachts und Citalopram 20mg 1 morgens sei ihr Zustand nur phasenweise besser (Urk. 7/79/9).

4.2.7. Die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin kam in ihrem Abklärungsbericht vom 7. November 2006 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Haushaltbereich zu 28 % eingeschränkt sei (Urk. 7/26/7). In ihrer Stellungnahme vom 18. August 2008 hielt sie an der Einschränkung in dieser Höhe fest (Urk. 7/82/5).

E. 4.3

4.3.1. Das rheumatologische Gutachten von D. vom 29. Februar 2008 (Urk. 7/69) basiert auf einer umfassenden rheumatologischen Untersuchung und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Der Gutachter hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem hat er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten von D. kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 2.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä D.____ legte nachvollziehbar dar, dass und weshalb die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus somatischer Sicht nicht vollständig erklärt werden können. So wies er darauf hin, dass sich anlässlich der von ihm durchgeführten klinischen und ergänzenden radiologischen Untersuchung im Bereich des Handrückens links klinisch eine Narbenplatte gezeigt habe, die mit den ebendort anzunehmenden Adhäsionen des Strecksehnenapparates gut Folge der lokalen Zellnekrosen in Folge des Extravasates eines Chemotherapeutikum sein könnte. Die allgemeine Gewebstrophik entspreche zum aktuellen Zeitpunkt nicht zwingend derjenigen eines Stadiums III einer ausgeprägten Sudeck'schen Dystrophie (Urk. 7/69/14). Die Verlaufsberichte der behandelnden Onkologen hätten jeweils eher lokale Phänomene am Handrücken mit Einbezug der Sehnen beschrieben, welche ebenso gut Restphänomene einer lokalen Gewebetoxizität sein könnten (Urk. 7/69/14-15). Die heute festzustellende wechselhafte Schmerzempfindlichkeit der vernarbten Region in Abhängigkeit von gezielter Präfung oder Berührung in abgelenkten Untersuchungsmomenten lasse eine gewisse Symptomausweitung bis hin zur Verdeutlichungstendenz vermuten. In Anbetracht der symmetrischen Unterarmmuskulatur schienen zudem gewisse Zweifel an der tatsächlichen Schonung der linken Hand im Alltagsgebrauch angebracht (Urk. 7/69/15). Dementsprechend stellte er fest, dass ein aktiver Morbus Sudeck aufgrund der aktuellen Befunde nicht zu diagnostizieren sei. Die vormaligen Röntgenbilder, aufgrund derer F.____ von der Klinik für Rheumatologie des Spitals L.____ diese Diagnose für möglich gehalten habe, hätten mit einer Algodystrophie vereinbare Befunde gezeigt, allerdings mit rascher Normalisierungstendenz, einem günstigen Verlauf eines allfälligen Sudeck entsprechend (Urk. 7/69/16). Die bestehenden Bewegungseinschränkungen seien gut vereinbar mit narbigen Weichteiladhäsionen im Bereich des Strecksehnenapparates der rechten Hand, die eine Einschränkung und Beschwerden beim Gebrauch der Hand zu erklären vermöchten. Eigentliche Ankylosen der Gelenke beständen klinisch nicht (Urk. 7/69/17). Neu habe die Beschwerdeführerin eine Bewegungsstörung des rechten Schultergelenkes beklagt, welche nach der stattgehabten Lymphknotendissektion und der Bestrahlungstherapie im Sinne einer Frozen shoulder resp. eines PHS ankylosans zu interpretieren sei. Zudem beständen in Anbetracht der unter der Tamoxifen-Therapie erheblichen Gewichtszunahme bei nun Adipositas Klasse II Überlastungsphänomene im Bereich der Kniegelenke, welche bei radiologisch fehlenden degenerativen Veränderungen gut vereinbar mit einer Chondropathia patellae seien. Die ferner beklagten Rückenbeschwerden erschienen in Anbetracht der erheblichen Fehlstatik bei Hohl-Rundrücken mit deutlicher Haltungsinsuffizienz bei Dekonditionierung im Rahmen eines allgemeinen Schonverhaltens, der Adipositas und der leichten degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule nachvollziehbar (Urk. 7/69/15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Feststellungen stimmen mit den von D.____ erhobenen klinischen Befunden (Urk. 7/69/11-12) sowie den Ergebnissen der von ihm durchgeführten Röntgenuntersuchungen (Urk. 7/69/13) überein. Sodann lassen sie sich auch mit den Angaben von F.____ von der Klinik für Rheumatologie des Spitals L.____ in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 22. August 2008 in Einklang bringen, erhob er doch darin ausdrücklich lediglich einen Verdacht auf ein möglicherweise durchgemachtes CRPS I mit dem Bemerkenswerten, dass der damalige Befund geringgradig und die Prognose günstig gewesen sei (Urk. 7/55/7). Im Weiteren hatten die Ärzte der Klinik für Radio-Onkologie des Spitals L.____ in ihrem Verlaufsbericht vom 4. Juli 2007

ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Schmerzsymptomatik im linken Handgelenk deutlich rückläufig sei (Urk. 7/35/2, vgl. Erwägung 4.1). Ausserdem ist zu bemerken, dass eine - von D.____ als Ursache für die lumbalen Rückenbeschwerden angeführte - Dekonditionierung - in der Regel - durch entsprechendes Training behoben werden kann und daher bei der Beurteilung der Invalidität, welche definitionsgemäss auf Dauer beruht (Art. 8 ATSG), - grundsätzlich - ausser Acht zu lassen ist (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 15. März 2006 in Sachen M., I 884/05, Erwägung 2.2). Insgesamt trägt D.____ mit seiner Einschätzung, wonach körperlich leichte, leidensadaptierte Tätigkeiten eine 70%ige Arbeitsfähigkeit besteht, den objektiven somatischen Befunden jedenfalls grosszügig Rechnung.

Die von B.____ in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 4. Juli 2006 vorgenommene Einschätzung (100%ige Arbeitsunfähigkeit ab September 2005, 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab März 2006 [Urk. 7/18/6]) stellt die gutachterliche Beurteilung nicht in Frage, zumal Hausärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten resp. Patientinnen aussagen (Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 4. Juli 2008 in Sachen H., 8C_189/2008, Erw. 5, mit Hinweisen). Ausserdem hat B.____ den genannten Bericht sehr knapp gefasst. Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit scheint er sodann selbst nicht als abschliessend betrachtet zu haben, wies er doch ausdrücklich darauf hin, dass es wahrscheinlich am sinnvollsten wäre, zur Beurteilung der anderen physischen Funktionen (als derjenigen der linken Hand) mit dem Rheumatologen F.____ vom Spital L.____ Kontakt aufzunehmen (Urk. 7/18/6).

4.3.2 Das psychiatrische Gutachten von G.____ und C.____ von der Klinik M.____ vom 11. Juli 2007 (Urk. 7/54) basiert ebenfalls auf eigenen Untersuchungen (inklusive testpsychologischen) und wurde in Kenntnis der Anamnese erstattet.

Die von den Gutachtern gestellte Diagnose nach ICD-10 F32.2 (mittelgradige depressive Episode) lässt sich zwar mit den Ergebnissen der von ihnen durchgeführten testpsychologischen Untersuchung (Urk. 7/54/4-5) sowie grundsätzlich auch mit den unter dem Titel "Psychostatus" gemachten Feststellungen ("[...] Frau X.____ präsentiert sich in der Konsultation bewusstseinsklar, örtlich, zeitlich, situativ sowie autopsychisch voll orientiert. Es besteht kein Hinweis auf Störungen der mnestischen Funktionen. Subjektiv werden Konzentrationsstörungen sowie Schwächen des Kurzzeitgedächtnisses geklagt. In der Exploration imponiert eine leichte Konzentrationsschwäche zum Ende des Termins bei zunehmender Ermüdung. Der formale Gedankengang ist geordnet und flüssig, es besteht kein Hinweis auf Ich-Störungen, Sinnestäuschungen oder psychotisches Erleben. Das Verhalten ist situationsadäquat und kooperativ, ein affektiver Rapport ist herstellbar. Die Antriebslage ist etwas reduziert, die Psychomotorik unauffällig. Die Grundstimmung ist zum depressiven Pol verschoben bei eingeschränkter Modulationsfähigkeit. In Einzelauffekten ist die Auslenkbarkeit erhalten. [...] Subjektiv geschildert werden weiterhin innere Unruhe, Reizbarkeit sowie Ängste bezüglich eines Wiederauftretens der Krebserkrankung. Hinweise auf weitere spezifische Ängste oder Zwänge bestehen nicht, des Weiteren kein Hinweis auf Störungen der Impulskontrolle. Frau X.____ gibt Lebensüberdrußgedanken an. Hinweise auf akute oder kürzlich zurückliegende Suizidalität bestehen jedoch nicht." [Urk. 7/54/4]) in Einklang bringen. Dies gilt allerdings insbesondere für die darin wiedergegebenen - subjektiven - Angaben der

Beschwerdeführerin. Die darin aufgeführten objektiv-eigenen ärztlichen Beobachtungen erscheinen demgegenüber unauffällig resp. deuten auf eine lediglich leichte depressive Problematik hin. Dazu ist zu bemerken, dass testpsychologische Untersuchungen zwar eine Ergänzung der klinischen Erfassung der versicherten Person sein können. Entscheidend für die Qualität des Gutachtens ist indessen in jedem Fall die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese (Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 17. Dezember 2009 in Sachen M., 8C/695/2009, Erw. 3.2.2, unter Hinweis auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen [abgedruckt in: Schweizerische Ärztezeitung 2004, Seiten 1048ff.], IV. Teil, Ziff. 7 der Leitlinien).

Ein leichtes depressives Leiden allein ist grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 8. Mai 2007 in Sachen M., I 905/06, Erw. 3.2 mit Hinweisen). Bei einer depressiven "Episode" nach ICD-10 F32 handelt es sich sodann an sich nicht um eine andauernde psychische Störung im fachmedizinischen Sinn.

Den Beginn der psychisch bedingten teilweisen Arbeitsunfähigkeit setzten die Gutachter auf Oktober 2005 fest, wobei sie dies damit begründeten, dass sich die psychische Störung im Zusammenhang mit der Karzinomerkrankung bzw. der Algodystrophie entwickelte (Urk. 7/54/7). Wie die Gutachter selbst bemerkten, finden sich indessen in den Vorakten, welche ihnen vorlagen, keine Anhaltspunkte dafür, dass bereits seit Oktober 2005 eine psychische Problematik bestehen könnte (Urk. 7/54/6-7). Von einer solchen war vielmehr erstmals im Einwand der Beschwerdeführerin vom 10. Januar 2007 gegen den Vorbescheid vom 27. November 2006 die Rede (Urk. 7/37/3-5, Urk. 7/82/2).

Schliesslich ist in Betracht zu ziehen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung (Juli 2007) - noch - nicht in psychiatrischer Behandlung stand. In eine solche begab sie sich vielmehr erst im Oktober 2007 (Urk. 7/79/8). Nach dem Grundsatz der Selbsteingliederung hat aber die versicherte Person von sich aus das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher zumutbarer medizinischer Behandlungs- und weiterer therapeutischer Möglichkeiten. Kommt sie dieser Schadenminderungspflicht nicht in genügender Weise nach, kann dies im Rahmen von Art. 21 Abs. 4 ATSG (bis 31. Dezember 2002: Art. 31 Abs. 1 IVG) zur ganzen oder teilweisen, vorübergehenden oder dauernden Ablehnung der beruflichen Massnahme resp. Rente führen (vgl. BGE 127 V 298 Erw. 4.b.cc, mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 10. November 2005 in Sachen G., I 271/05, Erwägung 2, mit Hinweisen).

Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht vermag deshalb die gutachterliche Einschätzung, wonach der Beschwerdeführerin wegen der depressiven Störung seit Oktober 2005 ein Pensum von 6 Stunden pro Tag (Urk. 7/54/7), mithin (bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden) von lediglich 71 %, zuzumuten ist, nicht ohne Weiteres zu überzeugen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gleiches gilt für die vom behandelnden Psychiater, E. ____, in seinem Bericht an die Beschwerdeführerin vom 6. Oktober 2008 (Urk. 7/79/7-10) vorgenommene Beurteilung. Die darin aufgeführten - spärlichen - objektiven Befunde und Diagnosen lassen ebenfalls nicht darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen massgeblich in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sein könnte. Die Diagnose nach ICD-10 F43.22 ("Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt") wird nämlich dann gestellt, wenn sowohl Angst als auch depressive Symptome vorhanden sind, aber nicht stärker ausgeprägt als bei "Angst und depressive Störung gemischt" (ICD-10 F41.2) oder bei einer "anderen gemischten Angststörung" (ICD-10 F41.3 [vgl. WHO, Internationale Klassifikation psychischer Krankheiten, ICD-10 Kapitel V [F], 5. Auflage, Bern 2005, Seiten 162, 163 und 172]). Dementsprechend ist die Diagnose einer Anpassungsstörung rechtsprechungsgemäss ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 28. Juli 2008 in Sachen G., Erw. 3.3.2, mit Hinweisen). Den von E. ____ im Weiteren diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (ICD-10 F45.5) misst - zu Recht - er selbst keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass bei der Beschwerdeführerin die rechtsprechungsgemäss relevanten Kriterien, die einem adäquaten Umgang mit den geklagten Schmerzen entgegen stehen können (vgl. Erwägung 2.1), in genügend ausgeprägtem Ausmass vorhanden sein könnten. Insbesondere ist nach dem Gesagten das Vorliegen eines psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer zu verneinen. Ein sozialer Rückzug scheint zwar stattgefunden zu haben (Urk. 7/54/3). Dieser kann jedoch nicht als besonders schwerwiegend bezeichnet werden, zumal die Beschwerdeführerin mit ihrem Ehemann zusammen wohnt und regelmässig Kontakt mit ihren Kindern pflegt (Urk. 7/54/3). Das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinnes ist nicht ersichtlich. Hingegen lassen die vorliegenden Akten auf einen ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn schliessen, kümmert sich doch insbesondere ihre jüngste Tochter wegen der geklagten Beschwerden sehr viel um die Beschwerdeführerin (Urk. 7/54/4). Ein sekundärer Krankheitsgewinn ist aber rechtlich nicht beachtlich (vgl. Erwägung 2.1). Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es entsteht daher der Eindruck, dass E. ____ bei seiner Einschätzung (50%ige Arbeitsunfähigkeit seit 1. April 2008) massgeblich auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt hat, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Rechtsprechungsgemäss sind denn auch Berichte des therapeutisch tätigen Psychiaters mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat, mit Vorbehalt zu wärdigen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 20. März 2006 in Sachen S., I 655/05, Erw. 5.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc S. 353).

4.3.3 Ä Ä Nach dem Gesagten kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 Seite 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht jedenfalls zuzumuten ist, einer ihren körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit mit einem Beschäftigungsumfang von 70 % (vgl. Erwägung 4.3.1) nachzugehen. Weitere Beweiserhebungen erscheinen daher - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin - unnötig (antizipierte Beweiswärdigung; vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes

vom 6. Dezember 2006 in Sachen L., 8C_468/ 2007, Erw. 5.2.2, mit Hinweisen).

E. 5

5.1. Zur umstrittenen Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin im Haushalt ist Folgendes zu bemerken:

5.2. Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28 Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 27 IVV (seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 bis IVG) auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung nach den Verwaltungsweisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung (KSIH, gültig seit 1. Januar 2008, Rz 3084 ff. [entspricht KSIH in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung, Rz 3093 ff.]) eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall geeignete Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 17. Juli 2006 in Sachen M., I 883/05, Erwägung 4.2). Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizuges eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG] vom 4. September 2001 in Sachen S., I 175/01). Der Abklärungsbericht im Haushalt stellt grundsätzlich auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 22. Dezember 2003 in Sachen B., I 311/03). Einzig wenn es zu Divergenzen zwischen den Ergebnissen der Haushaltabklärung und den ärztlichen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person kommt, ihre Haushaltstätigkeiten trotz des psychischen Leidens noch verrichten zu können, ist der medizinischen Einschätzung in der Regel grösseres Gewicht beizumessen als der Abklärung im Haushalt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 21. Februar 2005 in Sachen H., I 570/04, Erw. 5.2.1 mit Hinweis auf AHI 2004 S. 137 ff., namentlich S. 139 unten).

Die Rechtsprechung hat für die Würdigung des Beweiswertes über Abklärungen an Ort und Stelle, welche der Beurteilung des Betreuungsaufwandes in Hauspflege, der Eingliederungswirksamkeit eines Hilfsmittels oder der Hilflosigkeit mit Blick auf die Hilfenentschädigung dienen, bestimmte Regeln formuliert. Diese Grundsätze können auf die Abklärung im Haushalt übertragen werden. Danach ist erforderlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der ärztlichen und rumlichen 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 (zum Beispiel in Folge Widersprüchlichkeiten) vorliegen. Dies gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 17. Juli 2006 in Sachen M., I 883/05, Erwägung 4.3, mit Hinweisen).

5.3.3.3 Der Abklärungsbericht vom 7. November 2006 (Urk. 7/26) wurde durch eine spezialisierte Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin verfasst. Er gibt einleitend die anlässlich des Abklärungsgesprächs vom 6. November 2006 seitens der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wieder (Urk. 7/26/1). Es folgen Angaben zur hypothetischen Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall, zur Situation im Haushalt, den Wohnverhältnissen und den technischen Einrichtungen (Urk. 7/26/2-4). Die anschliessende Umschreibung der Tätigkeitsbereiche stimmt mit den in den Rz 3086 ff. KSIH in der seit dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung (entspricht Rz 3095 ff. KSIH in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) enthaltenen Vorgaben überein. Die von der Abklärungsperson vorgenommene Gewichtung der einzelnen Haushaltsverrichtungen ist angesichts der konkreten Umstände nicht zu beanstanden.

3.3.3.3 Was die Einschränkungen in den einzelnen Aufgabenbereichen betrifft, ist vorab festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes invalide Hausfrauen grundsätzlich eine Schadenminderungspflicht trifft, indem sie im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren Verfahrensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen ihrer Behinderung im hauswirtschaftlichen Aufgabenbereich reduzieren und die ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Der Umstand, dass diese Arbeiten nur mühsam und mit hohem Zeitaufwand bewältigt werden können, begründet nicht ohne Weiteres eine Invalidität. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel hohem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer Hausfrau zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht dabei weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (vgl. BGE 133 V 509 f. Erw. 4.2 mit Hinweisen).

3.3.3.3 Die Abklärungsperson hat für ihre Einschätzung der Einschränkungen der Beschwerdeführerin in den einzelnen Bereichen je eine kurze, nachvollziehbare Begründung angeführt (Urk. 7/26/4-6). Ihre Schlussfolgerungen erscheinen aufgrund der an Ort und Stelle erhobenen Angaben der Beschwerdeführerin sowie aufgrund der Schadenminderungspflicht angemessen. Insbesondere ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden, dass sie von einer Mitwirkungspflicht des im gleichen Haushalt lebenden Ehemannes sowie ihrer jüngsten Tochter (geboren 1986) ausgegangen ist.

5.4.3.3 Der Abklärungsbericht vom 7. November 2006 (Urk. 7/26) stellt deshalb eine zuverlässige Grundlage zur Beurteilung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt dar. Die darin vorgenommene Einschätzung lässt

sich im Äusseren auch mit den (medizinisch-theoretischen) Beurteilungen im rheumatologischen Gutachten 29. Februar 2008 (Urk. 7/69, vgl. Erwägung 4.3.1), bei welchen die Schadenminderungspflicht der Beschwerdeführerin sowie die Mitwirkungspflicht ihrer Angehörigen naturgemäss ausser Acht gelassen wurden, in Einklang bringen.

5.5. Die - pauschalen - Einwände, welche seitens der Beschwerdeführerin gegen die Abklärungsperson resp. den Abklärungsbericht vom 7. November 2006 erhoben wurden (Urk. 1), vermögen dessen Beweiswert nicht zu erschüttern. Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Mai 2009 zu Recht bemerkte (Urk. 6 Seite 2), besteht kein Anlass, an der Fachkompetenz der Abklärungsperson zu zweifeln. Sodann liegt kein Grund zur Annahme vor, dass zwischen dieser und der Beschwerdeführerin sprachliche Verständigungsschwierigkeiten bestanden haben könnten, zumal das Abklärungsgespräch - wie in der Folge auch die psychiatrische und rheumatologische Begutachtung (Urk. 7/54/4 und Urk. 7/69/11) - im Beisein ihrer jüngsten Tochter stattgefunden hatte (Urk. 7/26/1 und Urk. 7/82/5). Ausserdem ist gemäss ausdrücklicher Feststellung im psychiatrischen Gutachten vom 11. Juli 2007 auch die direkte Verständigung mit der Beschwerdeführerin problemlos möglich (Urk. 7/54/4).

E. 6

6.1. Es ist, wie erwähnt, unbestritten, dass zur Ermittlung des Invaliditätsgrades die gemischte Methode anzuwenden ist. Unbestritten sind ferner auch die Bemessungsfaktoren "Anteil Erwerbstätigkeit" (80 %) und "Anteil Haushaltstätigkeit" (20 %). Die Invalidität bestimmt sich demnach grundsätzlich dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Haushaltbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird (vgl. Erwägung 2.3.2), wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (vgl. BGE 130 V 396 Erw. 3.3).

6.2. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 Erw. 5c/bb S. 157 mit Hinweisen). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 Erw. 4.4 S. 225). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss

entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte (vgl. SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I 697/05 und Urteil I 750/04 vom 5. April 2006, Erw. 5.5) oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes (vgl. Urteil U 454/05 vom 6. September 2006, Erw. 6.3.3 mit Hinweisen) erfolgen (BGE 134 V 322 Erw. 4.1 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierte Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte abzustellen (vgl. AHI 1999 S. 240 Erw. 3b).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes 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 wöchentlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

6.3.1.1

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall mit einem Beschäftigungsumfang von insgesamt 80 % bei der Y.____ sowie bei der Z.____ als Reinigerin resp. Raumpflegerin tätig wäre (Urk. 7/28/1, Urk. 2 Seite 2 und Urk. 6 Seite 3). Ausgehend von einer je 40%igen Anstellung bei den beiden Firmen und einem Stundenlohn von Fr. 16.50 (Y.____ [Urk. 7/23]) resp. Fr. 18.19 (Z.____ [Urk. 7/24/2]) bemass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen mit Fr. 30'305.20 (= [52 x 42 x 16.50] + [52 x 42 x 18.19] : 2 x 0,8).

Aus den Akten geht jedoch hervor, dass die Y.____ das Arbeitsverhältnis mit der Beschwerdeführerin wegen Kündigung des Reinigungsauftrages durch den Kunden per Ende September 2005, mithin aus invaliditätsfremden Gründen, aufgelöst hat (Urk. 7/8/1 und Urk. 7/8/6). Das dort erzielte Einkommen kann deshalb nicht zur Ermittlung des Valideneinkommens herangezogen werden.

Gemäss den Angaben der Z.____ im "Fragebogen für den Arbeitgeber" vom 16. November 2006 hat die Beschwerdeführerin dort von Juni bis Dezember 2004 insgesamt 212,5 Stunden und von Januar bis Mai 2005 insgesamt 216,75 Stunden gearbeitet (Urk. 7/24/2). Unter der Annahme, dass die betriebsübliche Wochenarbeitszeit (wie bei der Y.____ [Urk. 7/8/2]) 42 Stunden betrug, ergibt sich bei einer betriebsüblichen Jahresarbeitszeit von 2'184 Stunden (= 52 x 42 Stunden) ein durchschnittliches Pensum von 10 % (212,5 resp. 216,75 Stunden : 2'184 Stunden).

Den Auszügen aus dem Individuellen Konto der Beschwerdeführerin ist zu entnehmen, dass sie in den Jahren 1999 sowie 2002 bis 2005 stets auch Arbeitslosenentschädigung bezog (Urk. 7/24). Laut ihren Angaben gegenüber der Abklärungsperson war sie vor Eintritt des Gesundheitsschadens auf Stellensuche, hat jedoch Absagen erhalten (Urk. 7/26/2).

Unter diesen Umständen kann nicht angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ihr Pensum bei der Z.____ hätte ausdehnen können. Auch ihr dortiger Verdienst kann deshalb nicht zur Ermittlung des Valideneinkommens herangezogen werden. Dieses ist nach dem Gesagten vielmehr aufgrund lohnstatistischer Angaben zu bemessen.

6.3.2.1 Zum Invalideneinkommen ist vorab zu bemerken, dass das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht wie auch das heutige Bundesgericht mehrfach erkannt haben, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt selbst Versicherten, welche nur noch einen Arm gebrauchen können, eine genügend weite Palette beruflicher Tätigkeiten für eine wirtschaftliche Verwertung der verbliebenen Leistungsfähigkeit bietet. Den wegen einer Einarmigkeit zu erwartenden erwerblichen Einbussen kann in aller Regel durch Gewährung eines behinderungsbedingten Abzuges von den Tabellenlöhnen gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) Rechnung getragen werden (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 11. Dezember 2007 in Sachen B., I 74/07, Erwägung 4.1, mit Hinweisen). Dies muss umso mehr gelten, wenn

- wie hier - der Gebrauch eines Armes zwar limitiert, aber nicht ausgeschlossen ist (Urk. 7/69/15).

Da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens im Mai 2005 keine neue Erwerbstätigkeit - mehr - aufgenommen hat, mit welcher sie ihre Restarbeitsfähigkeit voll ausschöpft, sind für die Festsetzung des Invalideneinkommens ebenfalls statistische Lohnangaben heranzuziehen.

6.3.3.3. Somit sind Validen- und Invalideneinkommen auf der Grundlage der LSE 2006 zu bemessen, wobei angesichts der fehlenden Berufsausbildung der Beschwerdeführerin (Urk. 7/1/4) Ausgangspunkt bei beiden Einkommensgrößen der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) von Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) im privaten Sektor bildet. Dieser betrug Fr. 4'019.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2006 TA1 Seite 25), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahre 2006 (vgl. die Volkswirtschaft 9-2010, Tabelle B9.2 Seite 98) einen monatlichen Verdienst von Fr. 4'189.80 resp. einen Jahresverdienst von Fr. 50'277.60 (= Fr. 4'189.80 x 12) ergibt.

6.3.4.4. Bei einem mutmasslichen Beschäftigungsumfang im Gesundheitsfall von 80 % resultiert ein Valideneinkommen 2006 von Fr. 40'222.10 (= 0,8 x Fr. 50'277.60).

6.3.5.5. Wie dargelegt, ist der Beschwerdeführerin nur noch ein 70%iges Pensum in behinderungsangepassten Tätigkeiten zumutbar (vgl. Erwägung 4.3). Davon geht zwar auch die Beschwerdegegnerin aus (Urk. 2 Seite 3), lässt dies bei der Durchführung des Einkommensvergleiches aber fälschlicherweise ausser Acht (Urk. 2 Seite 2 und Urk. 6; vgl. Erwägung 1.3).

Bei einem zumutbaren Pensum von 70 % beläuft sich das Einkommen grundsätzlich auf Fr. 35'194.30 (= 0,7 x Fr. 50'277.60).

Im Weiteren ist in Betracht zu ziehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einer gesunden Mitbewerberin benachteiligt ist, was sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau auswirkt. Nicht gegeben sind die Abzugskriterien des Alters (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 18. Mai 2006 in Sachen V., I 37/06, Erwägung 4.2.2, mit Hinweisen) sowie der Nationalität bzw. Aufenthaltskategorie (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 25. Juli 2005 in Sachen N., I 174/05, Erwägung 2.7, mit Hinweisen), ebenso wenig dasjenige der Teilzeitbeschäftigung; vielmehr wirkt sich die Teilzeitbeschäftigung bei Frauen im Vergleich zu einer Vollzeitbeschäftigung proportional eher lohnerhöhend aus (LSE 2006 Seiten 15 und 16). Es rechtfertigt sich somit zusätzlich ein - leidensbedingter - Abzug von 10 %.

Das zumutbare hypothetische Invalideneinkommen 2006 ist demgemäss auf Fr. 31'674.90 (= 0,9 x Fr. 35'194.30) festzusetzen. Ausgehend vom ermittelten hypothetischen Valideneinkommen 2006 von Fr. 40'222.10 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 8'547.20 resp. eine Einschränkung von aufgerundet 21 %.

6.4.4.4. Bei einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 80 % ergibt sich eine gewichtete Teilinvalidität von aufgerundet 17 % (0,8 x 21 %).

Im Haushaltbereich ist nach dem Gesagten gestützt auf den Abklärungsbericht vom 7. November 2006 (Urk. 7/26) von einer Einschränkung von 28

% auszugehen. Bei einem Anteil dieses Bereiches von 20 % resultiert eine gewichtete Teilinvalidität von aufgerundet 6 % ($= 0,2 \times 28 \%$).

Ausgehend von einer gewichteten Teilinvalidität im Erwerbsbereich von 17 % und einer gewichteten Teilinvalidität im Haushaltbereich von 6 % ergibt sich eine Gesamtinvalidität von 23 %.

6.5 Ein Anspruch auf eine Rente würde im übrigen auch dann nicht resultieren, wenn der Beschwerdeführerin der maximal zulässige Abzug vom Tabellenlohn von 25 % (vgl. Erwägung 6.2) gewährt würde. In diesem Fall wäre von einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 26'395.70 ($= 0,75 \times \text{Fr. } 35'194.30$) auszugehen. Bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 13'826.40 würde der Invaliditätsgrad somit 34 %, die gewichtete Teilinvalidität im Erwerbsbereich 27 % ($= 0,8 \times 34 \%$) betragen. Es würde demnach eine Gesamtinvalidität von 33 % ($= 27 \% + 6 \%$) resultieren.

6.6 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung im Ergebnis zu Recht verneint (Art. 28 Abs. 2 IVG), weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 7

7.1 Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 11) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

7.2 Mit Verfügung vom 17. Juni 2009 wurde Rechtsanwalt Bernhard Zollinger als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 11). Der von diesem mit Eingabe vom 28. September 2010 (Urk. 20) geltend gemachte Aufwand von insgesamt 11 Stunden und 25 Minuten und Fr. 95.-- Barauslagen erscheint gerade noch als vertretbar und führt, ausgehend von einem Stundenansatz von Fr. 200.--, zu einer Entschädigung von Fr. 2'559.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Rechtsanwalt Bernhard Zollinger ist deshalb für seine anwaltlichen Bemühungen mit Fr. 2'559.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

7.3 Kommt die Beschwerdeführerin künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann sie das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (vgl. § 92 des Gesetzes über den Zivilprozess).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Bernhard Zollinger, Zürich, wird mit Fr. 2'559.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Bernhard Zollinger
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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).

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.