

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00965 vom 24. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00965

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00965 du 24 mars 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00965 del 24 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1959 geborene A. ____, Mutter von zwei 1994 und 1996 geborenen Kindern (Urk. 10/1/2), arbeitete ab 1. März 2001 zuerst im Umfang von 70 % und ab 1. Februar 2005 im Umfang von 80 % eines Vollzeitpensums als Raumpflegerin/Hausangestellte für den Verein B. ____. (Urk. 10/7, Urk. 10/20/19-24). Nachdem die Versicherte dem Arbeitsplatz infolge eines akuten lumbospondylogenen Syndroms seit dem 5. Juni 2005 krankheitsbedingt ferngeblieben war (Urk. 10/7/2 Ziff. 21, Urk. 10/20/61), liess der Verein B. ____ das Arbeitsverhältnis per Ende Oktober 2006 auf (Urk. 10/7/6). In der Folge meldete sich die Versicherte im November 2006 unter Hinweis auf ein seit 2005 bestehendes lumboradikulares Syndrom zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte eine Rente (Urk. 10/1).

1.2 Die IV-Stelle Zürich klärte die beruflich-erwerblichen sowie die medizinischen Verhältnisse ab - insbesondere holte sie ein polydisziplinäres Gutachten der MEDAS C. ____ vom 2. Juni 2008 (Urk. 10/29) ein - und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 10. September 2008 (Urk. 10/34) gestützt auf einen nach der gemischten Methode ermittelten Invaliditätsgrad von 40 % ab 1. Juni 2006 eine Viertelsrente in Aussicht. Daran hielt sie mit Verfügung vom 3. September 2009 (Urk. 2) im Ergebnis fest, wobei sie nun einen Invaliditätsgrad von 46 % ermittelte.

2. Gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 3. September 2009 liess die Versicherte am 5. Oktober 2009 Beschwerde erheben mit dem Antrag, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr ab 1. Juni 2006 eine halbe Invalidenrente auszurichten sowie hinsichtlich eines Anspruchs auf eine höhere Invalidenrente zusätzliche Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte am 29. Oktober 2009 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Die Beschwerdeführerin liess mit Replik vom 14. Dezember 2009 an ihrem Antrag festhalten (Urk. 13), währenddem die IV-Stelle am 5. Januar 2010 auf das Einreichen einer Duplik verzichtete (Urk. 16). Auf die Ausführungen der Parteien ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Die IV-Stelle

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]). 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 ATSG).

1.2 **Ä Ä Ä Ä** 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 konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Nicht zu berücksichtigen sind Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die allein durch Aggravation von psychischen oder körperlichen Beschwerden verursacht sind, da aggravierendes Verhalten als solches nicht krankheitswertig ist und damit als invaliditätsfremder Faktor gilt (BGE 130 V 354 Erw. 2.2.3 mit Hinweisen; SVR 2003 IV Nr. 1 S. 2 Erw. 3b/bb). Gesagtes gilt sinngemäss auch für psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren, weil Art. 4 Abs. 1 IVG lediglich zur Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden versichert (BGE 130 V 356 Erw. 2.2.5 mit Hinweis insbesondere auf BGE 127 V 299 Erw. 5a). 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).

1.3 **Ä Ä Ä Ä** 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. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

1.4 **Ä Ä Ä Ä** 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 (seit 1. Januar 2004) nach Art. 28 Abs. 2 bis IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit beziehungsweise 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. 27 bis Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV], seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 ter IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis zu Art. 27 bis IVV (seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 ter IVG) wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) bestimmt, wobei sich die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, mit Rücksicht auf die gesamten Umstände,

so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse, beurteilt (BGE 125 V 150 Erw. 2c mit Hinweisen; SVR 2001 IV Nr. 25 S. 75 ff.). Die Invalidität bestimmt sich in der Folge 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. Von dieser Gerichts- und Verwaltungspraxis abzuweichen besteht auch mit Inkraft-Treten des ATSG keine Veranlassung (BGE 130 V 393 ff. Erw. 3.3).

1.5. 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).

1.6. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen 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 abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2

2.1. Es steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu 20 % im Haushalt und zu 80 % erwerblich tätig wäre (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 4, Urk. 10/7/2, Urk. 10/20/19, Urk. 10/20/22).

Dementsprechend hat die IV-Stelle für die Bemessung des Invaliditätsgrades zu Recht die gemischte Methode angewendet. Aufgrund der Akten steht sodann fest und ist ebenfalls unbestritten, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt zu 30 % eingeschränkt ist (vgl. Urk. 10/29/11 oben, Urk. 10/49/2, Urk. 10/47/1 unten, Urk. 1 S. 7 Ziff. 4), woraus sich

gewichtet nach dem Anteil der Tätigkeit im Haushalt ein Teilinvaliditätsgrad von 6 % ergibt (vgl. Urk. 2 S. 2 unten, Urk. 1 S. 9 oben). Streitig und zu präzisieren ist jedoch die Höhe des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich.

2.2. Die IV-Stelle hat das diesbezügliche Valideneinkommen für das Jahr 2007 auf Fr. 50'805.-- festgesetzt. Gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2006 (Tabelle TA1) sowie eine gesundheitlich bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit gemäss MEDAS-Gutachten vom 2. Juni 2008 hat die IV-Stelle ein Invalideneinkommen von Fr. 25'541.-- angenommen, dies ohne Abzug vom Tabellenlohn, was im Erwerbsbereich zu einem Invaliditätsgrad von 40 % führte. Unter Berücksichtigung des im Haushaltsbereich festgelegten Invaliditätsgrades von 6 % hat sie schliesslich aufgrund der entsprechenden Gewichtung einen Gesamtinvaliditätsgrad von 46 % ermittelt ($0,8 \times 50 \% + 0,2 \times 30 \%$ [Urk. 2 S. 2 unten]).

2.3. Demgegenüber bringt die Beschwerdeführerin zum Einen vor, der Annahme einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit stehe die fachärztliche Meinung des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, entgegen, der eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiere (Urk. 1 S. 7 Ziff. 4). Zum Anderen macht sie geltend, falls von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % ausgegangen werde, sei mit Blick auf die speziellen Anforderungen an einen geeigneten Arbeitsplatz, die (nur noch mögliche) Teilzeittätigkeit und das Alter vom Tabellenlohn ein Abzug von mindestens 15 % vorzunehmen und daher als Invalideneinkommen (höchstens) der Betrag von Fr. 21'710.-- zu veranschlagen. Dies ergebe im Erwerbsbereich - bei einer Einschränkung von 57 % - einen Invaliditätsgrad von 46 % und mithin einen Gesamtinvaliditätsgrad von 52 % (Urk. 1 S. 8 f.).

E. 3

3.1. Nachdem die Beschwerdeführerin bereits zweimal (vom 8. bis 21. Juni 2005 sowie vom 12. Juli bis 3. August 2005) infolge Schmerzexazerbationen im Rahmen eines lumbospondylogenen Syndroms zur Schmerztherapie in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals E.____ hospitalisiert gewesen war (vgl. Urk. 10/20/45 ff., Urk. 10/20/40 ff.), kam es am 6. Juli 2006 beim Kaffeetrinken plötzlich erneut zu einer Schmerzexazerbation im Kreuz mit Schmerzausstrahlung über dem dorsolateralen Ober- und Unterschenkel bis in den Fuss und in alle Zehen (Urk. 10/8/4). In der Folge hielt sich die Beschwerdeführerin vom 7. bis 20. Juli 2006 wiederum zur konservativen Schmerztherapie im Spital E.____ auf (Urk. 10/17/8). Im Bericht des Spitals vom 21. Juli 2006 wurden neben einem exazerbierten chronischen lumbospondylogenen Syndrom links ein Verdacht auf eine depressive Stimmung und psychosoziale Belastung mit Schmerzverarbeitungsstörung, weiter eine Adipositas Grad III sowie ein Verdacht auf Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert (Urk. 10/17/8). Die berichtenden Ärzte vertraten - gestützt auf eine interdisziplinäre Abklärung - die Auffassung, dass die Beschwerdeführerin aus psychologischer Sicht nicht arbeitsfähig sei, währenddem aus rheumatologischer Sicht eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 10/17/9).

3.2. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Allgemeine Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 9. Juni 2007 ein chronisches

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links (bei/mit Diskushernie L4-L5 mit Kompression der Wurzel L5 links, residuellen chronischen neurogenen Veränderungen des Musculus tibialis anterior als Kennmuskel von L5), eine depressive Störung mit Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung sowie einen Status nach laparoskopischem Magenbypass mit Common channel von 1 Meter am 30. August 2006 (vgl. dazu Urk. 10/20/32, Urk. 10/20/25, Urk. 10/20/28). Als Küchenhilfe erachtete Dr. F. ___ die Beschwerdeführerin seit dem 5. Juni 2005 und bis auf Weiteres für vollständig arbeitsunfähig. Ihren Gesundheitszustand hielt er für stationär (Urk. 10/17/1-2).

3.3.3.3 Der behandelnde Psychiater Dr. D. ___ stellte in seinem Bericht vom 15. Juli 2007 in psychiatrischer Hinsicht die Diagnosen einer depressiven Entwicklung mit rezidivierenden Episoden schweren Grades (Exazerbationen) und neurovegetativer Somatisierung (ICD-10: F34.1 und F33.2), einer Anpassungsstörung mit Angst, Depression, Ärger, Sorgen, Anspannung und paranoiden Beeinträchtigungsgefühlen (ICD-10: F43.22-23) sowie einer psychosozialen Belastungssituation (ICD-10: Z55, Z56, Z59, Z60, Z62, Z63, Z72). Im Übrigen kam er zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer somatopsychosomatischen Polymorbidität als Reinigungs- und Küchenangestellte wie auch in jedem anderen Erwerbsbereich seit dem 19. August 2005 vollständig arbeitsunfähig sei (Urk. 10/18/11).

E. 3.4

3.4.1 Die Gutachter der MEDAS C. ___ nannten am 2. Juni 2008 folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/29/12):

- Chronifizierte Lumboischialgie links bei

- Status nach lumboradikulärem Kompressionssyndrom L5 bei medio-links-lateraler Diskushernie L4/5 mit regredientem Verlauf

- Chondrosen L3-S1, kleiner medio-rechts-lateraler Diskushernie L5/S1 ohne Wurzelkompression, lumbosakraler Übergangsanomalie mit Teillumbalisation von S1 und Nearthrose S1/2 links und Spondylarthrose S1/2 links

- Rezidivierende, teils mittelschwere depressive Störung mit Somatisierung, aktuell leichte Episode

- Anpassungsstörung mit sozialer Beeinträchtigung infolge jahrelangen Ehekonflikts

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, erwähnten die Gutachter persistierende Oberbauchbeschwerden (bei Status nach laparoskopischer Magenbypassoperation am 30. August 2006 wegen massiver Adipositas, Status nach laparoskopischer Cholezystektomie am 6. November 2007 und Status nach Dünndarmteilresektion am 13. Dezember 2007) sowie eine mögliche beginnende Coxarthrose links (Urk. 10/29/12 f.).

3.4.2 Der rheumatologische Konsiliar der MEDAS C. ___ führte in seinem Bericht vom 31. März 2008 (Urk. 10/29/17 ff.) aus, die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen könne er nicht mit der asymmetrischen lumbosakralen Übergangsanomalie, bei einer Beinlängendifferenz von 1,5 cm, erklären, da es sich nicht um positions- und bewegungsabhängige Beschwerden handle, sondern um Dauerschmerzen. Die wiederholten Abdominaleingriffe, die im Verlauf der vergangenen

zwei Jahre sowie früher notwendig geworden seien, hätten möglicherweise zu einer gewissen Insuffizienz der Abdominalmuskulatur bei Status nach morbider Adipositas geführt, was durch die ausgeprägte Immobilisationstendenz noch verstärkt sein möge. Diese Muskelinsuffizienz könne bei aufrechter Haltung die schlechte Balancierf higkeit im Stehen zum Teil erklären. Aufgrund des Verlaufs sei jedoch eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und den objektivierbaren Befunden augenfällig. Das Schmerzgebaren während der Untersuchung sei ungewöhnlich gewesen (positive Waddell-Zeichen, extreme Schonhaltung mit demonstrativem Charakter), so dass ein dringender Verdacht auf eine Symptomverst rkung vorliege. In der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin (beziehungsweise früher auch als Köchin) sei die Beschwerdeführerin seit Sommer 2005 (seit der ersten Hospitalisation infolge eines beidseitigen lumbospondylogenen Syndroms) arbeitsunfähig, da bei diesen Tätigkeiten in stehender Position gearbeitet und schwerere Gewichte ( ber 12 kg) gehoben werden müssten. Als Hausfrau betrage die aktuelle und zumutbare Arbeitsfähigkeit schätzungsweise 70 %. In einer leichteren körperlichen Arbeit, die vorwiegend im Sitzen durchgeführt werden könne, bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (8 bis 8,5 Stunden pro Arbeitstag an fünf Tagen pro Woche), sofern zwischenzeitliche Positionswechsel möglich seien. So käme die früher ausgeübte Tätigkeit als Näherin oder K chengehilfin mit Dispens vom Heben schwerer Lasten ( ber 12 kg) durchaus in Frage (Urk. 10/29/19 f.).

3.4.3.4   Der psychiatrische Konsiliarius der MEDAS C.____ hielt mit Bericht vom 30. April 2008 fest, entscheidend im Leben der Beschwerdeführerin sei der Umstand, dass sie über Jahre hinweg keinen Ausweg aus der konflikthaften ehelichen Beziehung gefunden habe. Die von Dr. D.____ im Jahr 2003 beschriebene depressive Symptomatik, die Somatisierungen und das unkontrollierte Essverhalten, das zu einer laparoskopischen Magenbypassoperation geführt habe, seien wohl unübersehbare Hinweise auf die damalige Verzweiflung und Überforderung der Beschwerdeführerin. In ihrer Krankheit liege nun ein wesentlicher Krankheitsgewinn. Von einem sekundären Krankheitsgewinn könne insofern gesprochen werden, als die Beschwerdeführerin mit Hilfe der Krankheit das Verhalten des Ehemannes sowie die Zuwendung der Kinder positiv zu beeinflussen vermocht habe. Andererseits bestehe insofern auch ein primärer Krankheitsgewinn, als sich die depressive Symptomatik der Explorandin durch die berufliche Entlastung gebessert habe. So wirke denn die Beschwerdeführerin heute nicht mehr allzu deprimiert, gebe sich im affektiven Rapport zugewandt und offen. Dieser deutlichen Regredienz der depressiven Symptomatik liege aber auch eine fortdauernde psychiatrische und antidepressive Behandlung zugrunde. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien IV-relevante und IV-fremde Faktoren zu unterscheiden. Soweit die Krankenrolle der Stabilisierung der Beziehung diene, sei eher von IV-fremden Faktoren auszugehen. Doch sei zu berücksichtigen, dass sich unter beruflicher Entlastung das depressive Zustandsbild gebessert habe und daher von einem erheblichen Rückfallrisiko ausgegangen werden könne, wenn die Beschwerdeführerin ihr früheres berufliches Pensum wieder aufnehmen müsste, wozu sie zudem aus psychiatrischen Gründen wohl auch kaum in der Lage wäre. Hingegen präsentiere sich die Beschwerdeführerin in der Befunderhebung als aktuell psychisch stabiler, als sie es subjektiv wahrhaben wolle. Hier liege möglicherweise auch eine gewisse Entsch digungshaltung für all die erduldeten Entbehrungen in ihrem Leben. Es sei davon auszugehen, dass mit der Annahme einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit sowohl den IV-fremden als auch den IV-relevanten Faktoren

bestmöglich entsprochen sei, auch wenn die Prognose für die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit ungünstig scheine und berufliche Massnahmen nicht indiziert seien (Urk. 10/29/25).

3.4.4.4 Die Gutachter der MEDAS kamen zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Putzfrau und Köchin in Kinderkrippen und Tageshorten vor allem aus rheumatologischen und weniger auch aus psychopathologischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig sei. Die Arbeitsunfähigkeit sei dadurch begründet, dass die Beschwerdeführerin infolge der rheumatologischen Befunde (reduzierte axiale Belastbarkeit) nicht mehr in der Lage sei, vorwiegend in stehender Position zu arbeiten und schwerere Gewichte über 12 kg zu heben. Auch eine körperlich leichte wechselbelastende, vorwiegend im Sitzen ausübende Tätigkeit wäre der Beschwerdeführerin nach Ansicht der Gutachter infolge der psychopathologischen Befunde mit deutlich verminderter psychischer Belastbarkeit nur zu 50 % zumutbar. Bei einer höheren Arbeitsbelastung sei damit zu rechnen, dass sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin deutlich verschlechtern würde bis hin zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Mit medizinischen Massnahmen sei die Arbeitsfähigkeit kaum zu verbessern. Dennoch sei ein aktivierendes aufbauendes Muskeltraining und die Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung zu empfehlen. Berufliche Massnahmen seien hingegen nicht angezeigt. Der Beginn der reduzierten Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der vorliegenden Akten auf Juni 2005 festzulegen. Die von früheren Beurteilungen abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei bedingt durch die Tatsache, dass sich die psychische Situation der Beschwerdeführerin infolge psychiatrischer Behandlung und Arbeitsentlastung in der Zwischenzeit verbessert habe. In prognostischer Hinsicht sei mit einem stationären Verlauf zu rechnen (Urk. 10/29/13).

E. 4

4.1 Das Gutachten der MEDAS C.____ vom 2. Juni 2008 (Urk. 10/29) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf eigenen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden; zudem sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation nachvollziehbar und enthalten begründete Schlussfolgerungen (BGE 125 V 352 Erw. 3a). Es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb auf die Expertise nicht abgestellt werden sollte. In somatischer Hinsicht deckt sich die Beurteilung der MEDAS-Gutachter weitgehend mit den Einschätzungen der Ärzte des Spitals E.____ (Urk. 10/17/8) sowie des Hausarztes (Urk. 10/17/2). Ärztliche Stellungnahmen die für den hier massgeblichen Zeitpunkt von einer aus somatischen Gründen höheren als einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten ausgehen, liegen nicht vor. Soweit Dr. F.____ von einer 60%igen bis 70%igen Arbeitsunfähigkeit ausgeht, bezieht sich diese Einschätzung auf die angestammte Tätigkeit als Raumpflegerin beziehungsweise Hilfsköchin (mit Notwendigkeit zum Heben und Tragen von Gewichten von über 12 kg; vgl. Urk. 10/7/4). Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte sich Dr. F.____ so wenig wie zum Gutachten der MEDAS, von dessen Inhalt er gar keine Kenntnis hatte (vgl. Bericht des Dr. F.____ vom 3. Februar 2009 [Urk. 10/47]).

4.2 In psychischer Hinsicht gingen die MEDAS-Gutachter im Wesentlichen in Übereinstimmung mit dem behandelnden Psychiater Dr. D.____ wie auch mit den Ärzten des Spitals E.____ und dem Hausarzt von einer depressiven Stimmung mit Somatisierung sowie von einer Anpassungsstörung bei (psycho-)sozialer Beeinträchtigung aus (Urk.

10/29/12, Urk. 10/18/11, Urk. 10/17/9, Urk. 10/17/2). Was die Anpassungsst rzung betrifft, ist zu bemerken, dass diese gemäss ICD-10: F43.22 - im Lichte der offiziellen ICD-klassifikatorischen Umschreibung (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Revision [ICD-10]) - ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren ist, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2008, 9C_636/2007, Erw. 3.3.2 mit Hinweis auf Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 27. April 2007, I 164/06, Erw. 3.1).

4.3     In Bezug auf die im Vergleich zum MEDAS-Gutachten abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Psychiater Dr. D. ___ ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass je nachdem von unterschiedlichen Krankheitsbegriffen ausgegangen wird. Das in der Medizin verbreitete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell (vgl. dazu Christfried-Ulrich Mayer, Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2002, St. Gallen 2002, S. 95) ist weiter gefasst als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der invalidisierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. BGE 127 V 294 Erw. 5a S. 299). Beruht die Abweichung allein auf der Verwendung unterschiedlicher krankheitsbegrifflicher Prämissen, so liegen keine einander widersprechenden Einschätzungen im Sinne von BGE 125 V 351 Erw. 3a S. 352 vor (vgl. etwa Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 2. März 2006, I 616/05, Erw. 2.3 und des Bundesgerichts vom 2. Juni 2009, 9C_320/2009, Erw. 3.2). Vorliegend scheint eine solche Ausgangslage gegeben zu sein. Verschiedene Aussagen des Dr. D. ___ zeigen, dass er sich bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch von psychosozialen und soziokulturellen Faktoren leiten liess. So hielt er in seinem Bericht vom 15. April 2007 fest, dass während vieler Monate im Zusammenhang mit multiplen psychosozialen Belastungen (konfliktreich eifersüchtige Entfremdung vom trunks chtigen invalidisierten Ehemann, verwahrlosungsgef hrdete S hne mit Anpassungsproblemen in der Primarschule) ein chronisch depressives Zustandsbild bestanden habe (Urk. 10/20/63). Im Fragebogen vom 15. Juli 2007 nannte Dr. D. ___ als soziale Faktoren, welche die Gesundheit und/oder die Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin beeinflussten, die sprachliche Kommunikationsbarriere, die Assimilationsprobleme und den chronifizierten Ehekonflikt (Urk. 10/18/5). Schliesslich erhob Dr. D. ___ auch in diagnostischer Hinsicht zahlreiche Faktoren, die gemäss ICD-10 den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, die aber nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y98 klassifizierbar sind (ICD-10: Z55 Probleme in Verbindung mit Ausbildung und Bildung; ICD-10: Z56 Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit; ICD-10: Z59 Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen; ICD-10: Z60 Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung; ICD-10: Z62, sonstige Probleme bei der Erziehung; ICD-10: Z63 sonstige Probleme in der primären Bezugsgruppe, einschliesslich familiärer Umstände; ICD-10: Z72 Probleme bei der Lebensführung). Solche Ursachen, die im psychosozialen und soziokulturellen Bereich liegen, sind indessen von der Invalidenversicherung grundsätzlich nicht erfasst (vgl. Erw. 1.2 hiervor).

4.4     Aus den ärztlichen Berichten des Dr. D. ___ vom 30. April und vom 7. Oktober 2009 (Urk. 3 und Urk. 8), die unverändert von einer 100%igen

Arbeitsunfähigkeit auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgehen, ergeben sich keine relevanten zusätzlichen Erkenntnisse. Zudem ist bezüglich des Berichts vom 7. Oktober 2009 davon auszugehen, dass dessen Aussagen zum Gesundheitszustand und zu seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (auch soweit neu eine andauernde Persönlichkeitsveränderung durch Schmerzsyndrom, therapieresistente Depression und psychosoziale Belastung [ICD-10: F62.8] diagnostiziert wird) den Sachverhalt nach dem - Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden - Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 3. September 2009 beschlagen (BGE 131 V 9 Erw. 1 S. 11, 130 V 445 Erw. 1.2 S. 446 je mit Hinweisen). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass es nicht angehen kann, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2010, 8C_567/2010, Erw. 3.2.2). Dr. D. ___ nennt keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, welche im Rahmen der MEDAS-Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. So waren die neuerdings als Zeichen von Persönlichkeitsveränderungen gewerteten Feststellungen (hoffnungslos resignierter Rückzug, paranoides Misstrauen und Hypochondrisierung der Körperwahrnehmung) zum Zeitpunkt der MEDAS-Abklärung bereits aktenkundig und den Über die relevanten Vorakten verfassenden MEDAS-Verantwortlichen folglich geläufig.

4.5 Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass es sich bei den Einschätzungen des psychiatrischen Konsiliarius der MEDAS und des Dr. D. ___ um unterschiedliche Beurteilungen eines grundsätzlich gleichen Leidens handelt, wobei sich Dr. D. ___ im Zusammenhang mit der Frage der Arbeitsfähigkeit nicht ausreichend mit dem Einfluss der invalidenversicherungsrechtlich irrelevanten psychosozialen Faktoren, auf die er ausdrücklich hinwies, auseinandersetzte. Die unterschiedliche Wertung der depressiven Episode (leicht oder schwer) und die daraus abgeleitete Arbeitsfähigkeit resultieren nicht zuletzt aus der Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2009, 9C_842/2009, Erw. 2.2 mit Hinweisen). Soweit Dr. D. ___ im Gegensatz zu den Gutachtern der MEDAS andere Schlussfolgerungen betreffend die Arbeitsfähigkeit zog, ist dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten volle Beweiskraft zuzuerkennen. Da zudem kein Anlass besteht anzunehmen, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis etwas zu ändern vermöchten, ist auf die Abnahme weiterer Beweise in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 124 V 94 Erw. 4b und 122 V 162 Erw. 1d) zu verzichten. Somit steht nach dem Gesagten fest, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit im Umfang von 50 % eines Vollzeitpensums zumutbar wäre.

E. 5

5.1 Der - für den Zeitpunkt der Invaliditätsbemessung relevante (BGE 129 V 222 Erw. 4.2 S. 223) - Rentenbeginn fällt unbestrittenermassen ins Jahr 2006. Das Einkommen, das die Beschwerdeführerin in diesem Jahr ohne invalidisierende Gesundheitsschädigung mutmasslich erzielt hätte (Valideneinkommen), ist gestützt auf die Angaben des Arbeitgebers, bei dem sie zuletzt tätig war, festzusetzen. Gemäss angepassten Arbeitsverträgen vom März 2003 beziehungsweise vom März 2004 (Urk.

10/20/19-24) erzielte die Beschwerdeführerin seit Januar beziehungsweise seit Februar 2005 ein Bruttoeinkommen von Fr. 49'412.-- (2 x Fr. 1'900.45 x 13). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für das Jahr 2006 von 1,3 % (vgl. Tabelle T1.2.05 Nominallohnindex Frauen 2006-2009, total; abrufbar unter: <http://www.bfs.admin.ch>) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 50'054.--.

5.2. Das trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zumutbarerweise noch erzielbare Einkommen (Invalideneinkommen) ist unbestrittenermassen anhand der statistischen Durchschnittslöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu bestimmen (BGE 129 V 472 Erw. 4.2.1 S. 475 mit Hinweisen), da die Beschwerdeführerin im massgeblichen Zeitpunkt der Verfügung vom 3. September 2009 (BGE 131 V 9 Erw. 1 S. 11) keine neue zumutbare Erwerbstätigkeit mehr ausübte. Im vorliegenden Fall ist vom monatlichen Bruttolohn (Zentralwert) von Arbeitnehmerinnen im privaten Sektor für Tätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) von Fr. 4'019.-- auszugehen (LSE 2006, S. 25, Tabelle TA1, Total Frauen). Umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahre 2006 von 41,7 Stunden (BGE 124 V 323 Erw. 3b/bb; Die Volkswirtschaft 3-2011, S. 90 Tabelle B 9.2 Total) ergibt sich bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ein Jahreseinkommen von Fr. 25'139.-- (12 x Fr. 4'019.-- : 40 x 41,7 x 0,5).

5.3. Rechtsprechungsgemäss ist bei der Bemessung des Invalideneinkommens nach Tabellenlöhnen der konkreten Situation durch Abzüge Rechnung zu tragen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen besonderer Umstände ihre gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der zu gewöhnliche Abzug ist nicht schematisch, sondern unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles vorzunehmen. Dabei sind ausser der behinderungsbedingten Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auch weitere lohnwirksame, persönliche und berufliche Merkmale eines Versicherten wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie der Beschäftigungsgrad zu beachten. Der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug vom Tabellenlohn unter Berücksichtigung aller im Einzelfall in Betracht fallenden Umstände maximal 25 % betragen kann (BGE 126 V 75 Erw. 5 S. 78 ff.; AHI 2002 S. 62 Erw. 4b, I 82/01).

5.4. Der Auffassung der Beschwerdeführerin, der Tabellenlohn sei aufgrund der speziellen Anforderungen an einen geeigneten Arbeitsplatz, aufgrund ihres Alters und da nur noch eine Teilzeittätigkeit möglich sei, um mindestens 15 % zu reduzieren, kann nicht gefolgt werden. Der verminderten psychischen Belastbarkeit infolge der psychopathologischen Befunde wurde bereits mit der um 50 % verminderten Arbeitsfähigkeit ausreichend Rechnung getragen. Zumal aus internistischer und rheumatologischer Sicht bezüglich der Verweistätigkeit keine zeitlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit genannt wurden (vgl. Urk. 10/29/13), besteht kein Anlass, die gesundheitliche Beeinträchtigung über das um 50 % reduzierte Arbeitspensum hinaus zusätzlich mittels eines Abzuges vom Tabellenlohn zu berücksichtigen. Da das Kriterium der Nationalität/Aufenthaltskategorie bei der über

die Niederlassungsbewilligung C verfallenden Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 10/2/1) kaum ins Gewicht fällt (LSE 2006, S. 30, Tabelle TA12) und die Faktoren Teilzeit sowie Alter (Jahrgang 1959) sich sogar - stets bezogen auf das in Betracht fallende Arbeitssegment - eher lohn erhöhend auswirken (vgl. LSE 2006, S. 16, Tabelle T2* und Tabelle TA9 vgl. LSE 2004, S. 65, Tabelle TA9), rechtfertigt sich vorliegend kein Abzug, sondern ist vielmehr von einem (ungekürzten) Invalideneinkommen von Fr. 25'139.-- auszugehen.

5.5. Bei einer Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen (Valideneinkommen: Fr. 50'054.--; Invalideneinkommen Fr. 25'139.--) resultiert, wie die IV-Stelle im Ergebnis zu Recht festgehalten hat, ein (Teil-)Invaliditätsgrad von 50 % (zur Rundung: BGE 130 V 121), womit die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung des im Haushaltsbereich festgelegten Invaliditätsgrades von 6 % aufgrund der entsprechenden Gewichtung bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von 46 % ($0,8 \times 50 \% + 0,2 \times 30 \%$) ab 1. Juni 2006 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat.

6. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung), sind auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Ursula Reger-Wytenbach
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

6. 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.