

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00642 vom 19. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00642

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00642 du 19 décembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00642 del 19 dicembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 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 (seit 1. Januar 2008: Art. 7 Abs. 1 ATSG; entspricht dem bis 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen Art. 7 ATSG). Gemäss dem im Rahmen der 5. IV-Revision neu eingefügten, im Wesentlichen dem bisherigen Recht entsprechenden (vgl. BGE 135 V 215 E. 7; ferner Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Rz. 6 zu Art. 7) und seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.2 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 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 (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes 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 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 2

2.1. Die IV-Stelle verneinte den Rentenanspruch im Wesentlichen mit der Begründung, die Beschwerdeführerin sei nicht während mindestens eines Jahres zu durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen, resultiere aus der rezidivierenden Endometriose doch höchstens eine 25%ige und aus der psychischen Situation gar keine Arbeitsunfähigkeit in einer körperlichen leichten Hilfstätigkeit, wie sie die Beschwerdeführerin bis anhin ausgeübt habe (Urk. 7 S. 2 f., Urk. 2 S. 2).

2.2. Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, gestützt auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte sei davon auszugehen, dass sie wegen der mit konstanten starken Schmerzen und weiteren - therapieresistenten - Beschwerden verbundenen Endometriose Grad IV seit Juni 2006 zu 100 % (Urk. 1 S. 5) beziehungsweise bis auf Weiteres zu mindestens 50 bis 75 % (Urk. 1 S. 6 f., Urk. 12 S. 4) arbeitsunfähig sei. In Anbetracht der von Dr. Y.____, die kein eigentliches Gutachten, sondern lediglich einen Bericht verfasst habe, differentialdiagnostisch festgestellten Rezidiv-Endometriose drängten sich weitere - vom Gericht selbst zu veranlassende - einschlägige Abklärungen auf (Urk. 12 S. 3). Selbst wenn man von einer an sich noch bestehenden Teilarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgehe, lasse sich diese angesichts der regelmäßigen krankheitsbedingten Ausfälle, die realistischerweise kein Arbeitgeber hinzunehmen bereit sei, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten (Urk. 1 S. 8).

E. 3

3.1. Die Ärzte des Spitals A.____, Frauenklinik, stellten im Austrittsbericht vom 27. Juni 2008 folgende Diagnosen (Urk. 8/19 S. 9):

- Chronische Unterbauchbeschwerden bei möglichem Rezidiv einer Endometriose Grad IV und rezidivierende Harnwegsinfekte
- Status nach Uretrozysto-Neostomie links mit Blasenfixation am Psoas links im Juli 2007
- Status nach laparoskopischer Adhäsionslyse und Ureterolyse links mit Endometrioseresektion, Vaginalteilresektion, Blasenrevision bei intraoperativer Blasenläsion im März 2007 bei Rezidiv einer rektovaginalen und paraurethralen Endometriose links
- Status nach radikaler Hysterektomie mit Uretermobilisation, partieller Vaginalresektion links lateral bei rektovaginaler Endometriose und Hydronephrose links im September 2006
- Status nach rezidivierenden Pigtaileinlagen links bei Hydronephrose, letztmalige Entfernung im Oktober 2007
- Status nach Sectio caesarea 1992 und 2000
- Depressive Verstimmung

Im Rahmen des stationären Aufenthalts vom 3. bis 15. Juni 2008 seien am 4. Juni 2008 eine laparoskopische ausgedehnte Adhäsionslyse, eine zystoskopisch retrograde Einlage eines Uretralkatheters sowie eine Adnexektomie durchgeführt worden. Nach komplikationslosem postoperativem Verlauf habe die Patientin, die unter einer schweren, rezidivierenden Endometriose leide, schmerzfrei entlassen werden können (Urk. 8/19 S. 9 f.). Betreffend die leichte depressive Verstimmung sei eine

medikamentöse Behandlung verordnet worden; eine psychologische Betreuung habe die Beschwerdeführerin abgelehnt (Urk. 8/19 S. 10).

3.2 Am 26. Oktober 2008 stellten die Ärzte des Spitals A. nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/19 S. 2):

- Invalidisierende Schmerzen im Unterbauch bei Endometriose, bestehend seit September 2006

- Depressive Verstimmung

Die Beschwerdeführerin leide unter rezidivierenden invalidisierenden Unterbauchschmerzen bei rezidivierender Endometriose mit Megaureter links, deretwegen sie sich immer wieder operativen Eingriffen unterziehen müsse (Urk. 8/19 S. 3 f.). Vom 14. bis 31. August 2006 und vom 26. September 2006 bis 8. September 2008 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 8/19 S. 2). Weil immer wieder Rezidiv-Endometriosen auftraten, habe die Arbeitsfähigkeit bis anhin nicht verbessert werden können (Urk. 8/19 S. 4). Eine leidensangepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin noch während 15 bis 20 Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 8/19 S. 6).

Dr. med. B., Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, Ärztin des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV, gelangte in ihrer am 9. Januar 2009 gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme zum Schluss, bei einer Endometriose handle es sich definitionsgemäss um ein zyklusabhängiges und damit nicht dauerhaftes Leiden, das therapierbar sei. Betreffend eine körperlich leichte Tätigkeit, wie es auch die bis dahin ausgeübte Arbeit als Textilfachfrau beziehungsweise Bäckerin beziehungsweise Mitarbeiterin in der Gastronomie seien, habe die fragliche Gesundheitsstörung keine einschränkende Wirkung (Urk. 8/21 S. 3). Da die von der Beschwerdeführerin geklagten dauerhaften Unter[bauch]schmerzen sich keinem organischen Korrelat zuordnen liessen, seien diese vor dem Hintergrund einer somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Nachdem eine psychische Komorbidität angesichts der lediglich festgestellten depressiven Verstimmung nahezu ausgeschlossen werden könne, liege aus versicherungsmedizinischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht indiziert (Urk. 8/21 S. 4).

Auf entsprechende Anfrage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin hielten die Ärzte des Spitals A., Frauenklinik, am 19. Februar 2009 fest, es bestehe eine hochgradige rektovaginale Endometriose Grad IV mit Hydronephrose links und Megaureter links. Postoperativ sei die Beschwerdeführerin nur für kurze Zeit beschwerdefrei gewesen; da immer wieder Rezidive mit invalidisierenden Schmerzen auftraten, sei zu befürchten, dass noch weitere operative Eingriffe durchgeführt werden müssten. Zwar könne die Krankheit grundsätzlich therapier- und heilbar sein, es gebe jedoch Fälle, bei denen trotz (auch operativer) Behandlung immer wieder Rezidive auftraten oder chronische Schmerzen beständen. Bei der Beschwerdeführerin seien die Schmerzen nicht zyklusabhängig, sondern konstant vorhanden. Ausser einer analgetischen Therapie beständen derzeit keine Behandlungsoptionen. Aufgrund des Krankheitsverlaufs beziehungsweise der Therapieresistenz der Beschwerden sei es zu einer zunehmenden depressiven Verstimmung gekommen (Urk. 8/27 S. 1). Wegen der Schmerzen, die immer wieder zu notfallmässigen Selbsteinweisungen führten, sowie

der Blasen- beziehungsweise Nierensymptomatik bestehe nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Prognose betreffend die Auswirkung der Symptomatik auf die Leistungsfähigkeit lasse sich derzeit nicht stellen; der Beschwerdeführerin seien aufgrund der typisch auftretenden Unterbauchschmerzen jedenfalls - wenn überhaupt - nur leichte Arbeiten im Teilzeitpensum zumutbar (Urk. 8/27 S. 2).

3.5 Nachdem sie die Beschwerdeführerin vom 13. bis 16. Oktober 2009 erneut stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte des Spitals A.____, Frauenklinik, im Austrittsbericht vom 19. Oktober 2009 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/44 S. 1):

- Unterbauchschmerzen bei bekannter Endometriose Grad IV, Differentialdiagnose: Rezidiv
- Harnwegsinfekt (HWI) und linksseitiger Flankenschmerz
- Status nach laparoskopischer Adhäsionslyse und Ureterolyse links, Adnexektomie links im Juni 2008
- Status nach Uretrozysto-Neostomie links mit Blasenfixation am Psoas links im Juli 2007
- Status nach laparoskopischer Adhäsionslyse und Ureterolyse links mit Endometrioseresektion, Vaginalteilresektion, Blasenrevision bei intraoperativer Blasenläsion im März 2007
- Status nach radikaler Hysterektomie mit Uretermobilisation, partieller Vaginalresektion links lateral bei rektovaginaler Endometriose und Hydronephrose links im September 2006
- Status nach rezidivierenden Pigmenteinlagen links bei Hydronephrose
- Status nach zweimaliger Sectio caesarea (1992, 2000)

Die Patientin habe sich wegen seit fünf Tagen bestehender starker, krampfartiger Unterbauchschmerzen notfallmässig vorgestellt (Urk. 8/37 S. 1). Medikamentös habe sich keine wesentliche Besserung erzielen lassen, ein operatives Vorgehen erscheine derzeit nicht als sinnvoll (Urk. 8/44 S. 1 f.).

3.6 Nachdem die IV-Stelle die Ärzte des Universitätsspitals W.____, Departement für Frauenheilkunde, Klinik für Gynäkologie, am 28. April 2009 um Begutachtung der Beschwerdeführerin ersucht hatte (Urk. 8/32 S. 3 ff.), stellte Dr. med. Y.____, Oberärztin, in ihrem Bericht vom 16. Juni 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/40 S. 1 = Urk. 8/42 S. 1):

- Chronische invalidisierende Unterbauchschmerzen bei möglichem Rezidiv einer Endometriose Grad IV sowie rezidivierende Harnwegsinfektion, bestehend seit 2006, bei:
 - aktuell: Nitrit positiv HWI (E. coli)
 - Mischkopitis
- Status nach laparoskopischer ausgedehnter Adhäsionslyse, zystoskopisch retrograder Einlage eines Uretralkatheters durch den Urologen und Adnexektomie links im Juni 2008
- Status nach Uretrozysto-Neostomie links mit Blasenfixation am Psoas links im Juli 2007
- Status nach laparoskopischer Adhäsionslyse und Ureterolyse links mit Endometrioseresektion, Vaginalteilresektion, Blasenrevision bei intraoperativer

Blasenläsion im März 2007 bei Rezidiv einer rektovaginalen und paraurethralen Endometriose und konsekutiver Hydronephrose links

- Status nach erweiterter radikaler Hysterektomie bei rektovaginaler und paraurethraler Endometriose mit Urethrolyse links im September 2006

- Status nach rezidivierenden Pigtaileinlagen links bei rezidivierender Hydronephrose, letztmalige Entfernung im August 2008

- Status nach Sectio caesarea 1992 und 2000

- depressive Verstimmung, nicht therapiert, bestehend seit 2006

Die Beschwerdeführerin klagt über chronische Unterbauschmerzen, die längeres Gehen unerträglich machten, und von Übelkeit und starken Kopfschmerzen begleitet würden, über ungewollten Urinverlust seit der Erstoperation, imperativen Harndrang mit halbstündlicher Miktionshäufigkeit tagsüber und bis zu fünfmaliger Nykturie, postmiktionelle Dysurie, Flankenschmerzen rechtsbetont, intermittierenden vaginalen Ausfluss, rezidivierende, fast monatlich auftretende Harnwegsinfekte, Probleme bei der Defäkation, starke Dyspareunie sowie durch nächtliche Schmerzen und Nykturie bedingte Schlafstörungen, welche konsekutiv zu Müdigkeit tagsüber führten, und eine depressive Verstimmung (Urk. 8/40 S. 3). Ob sich der Gesundheitszustand durch eine Reoperation verbessern lasse, sei stark von den Ergebnissen verschiedener weiterer indizierter Untersuchungen abhängig (Urk. 8/40 S. 5). Es sei offen, ob die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne (Urk. 8/40 S. 2).

3.7 Aufgrund der Resultate seiner am 1. und 7. Juli 2009 durchgeführten Untersuchungen (Urk. 8/47 S. 7), diagnostizierte der Psychiater Dr. Z. in seinem Gutachten vom 11. November 2009 eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) im Rahmen der seit 2006 diagnostizierten rezidivierenden Endometriose Grad IV mit komplexer Schmerzsymptomatik (Urk. 8/47 S. 9). Aus psychiatrischer Sicht bestehe - wohl seit Juni 2008 - eine 20 bis 25%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/47 S. 10).

3.8 Auf entsprechende Nachfrage der IV-Stelle hin (Urk. 8/48) gab die mittlerweile in einer Frauenklinik in Deutschland und nicht mehr am Universitätsspital W. tätige - Dr. Y. am 1. Februar 2010 an, ihre - durchaus in Kenntnis der Vorakten ergangene - Beurteilung vom 16. Juni 2009 sei nicht als Gutachten, sondern als Arztbericht zu qualifizieren. Angesichts des sonographischen Verdachts auf eine Rezidivendometriose seien weitere Untersuchungen dringend angezeigt. Es bestehe eine - gynäkologisch beziehungsweise multifaktoriell bedingte - 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Auswirkungen der gynäkologisch bedingten Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit im Verlaufe der Zeit seit Beginn der 20%igen Arbeitsunfähigkeit liessen sich nur gestützt auf die umfassenden seither ergangenen medizinischen Berichte beurteilen (Urk. 8/50).

3.9 Die RAD-Ärztin Dr. B. gelangte am 23. Februar 2010 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin seit August 2005 in einer leichten (angepassten) wechselbelastenden Tätigkeit, die kein Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 10 kg erfordere, noch zu 75 bis 80 % arbeitsfähig sei (Urk. 8/57 S. 5).

3.10. Im Austrittsbericht vom 1. Dezember 2009 diagnostizierten die Ärzte des Spitals A., Institut für klinische Notfallmedizin, eine Endometriose Grad IV und äusserten den Verdacht auf eine Läsion des medialen Bandapparates am linken Knie (Urk. 3/15 S. 2). Die Beschwerdeführerin sei, nachdem es ihr am 1. Dezember 2009 - wie zuvor bereits drei- bis viermal - plötzlich schwarz vor den Augen geworden sei, kollabiert und habe sich beim Sturz das linke Knie verdreht. Während das Knie starke Schmerzen verursache, bestehe derzeit betreffend die Endometriose Beschwerdefreiheit (Urk. 3/15 S. 1).

3.11. Nachdem sie die Beschwerdeführerin vom 15. bis 16. April 2010 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte des Spitals A., Medizinische Klinik, am 16. April 2010 nachstehende Diagnosen (Urk. 3/16 S. 1):

- Tablettenintoxikation (ICD-10 T50.9) mit Temesta expidet in appellativer Absicht bei
- reaktiver Depression bei Partnerkonflikt und Schmerzproblematik im Rahmen einer Endometriose und Hydronephrose links
- keine akute Suizidalität
- Endometriose und Hydronephrose links (Erstdiagnose September 2006)
- Status nach rezidivierenden Pigmenteinlagen links bei Hydronephrose
- Status nach zweimaliger Sectio caesarea (1992, 2000)
- Rezidivierende Harnwegsinfektion
- Adhäsionslyse und Uretrolyse links, Adnexektomie links im Juni 2008
- Uretrozysto-Neostomie links mit Blasenfixation am Psoas links im Juli 2007
- Adhäsionslyse und Ureterolyse links mit Endometrioseresektion, Vaginalteilresektion, Blasenrevision bei intraoperativer Blasenläsion im März 2007

3.12. In ihrem Schreiben an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hielten die Ärzte des Spitals A., Frauenklinik, am 23. Juni 2010 fest, es liege die schwerste Form der Endometriose vor. Postoperativ leide die Beschwerdeführerin weiterhin unter invalidisierenden Schmerzen mit akuten Schmerzattacken bei längerem Gehen und Stehen; eine Arbeitsaufnahme falle daher auch längerfristig ausser Betracht. Nur mittels analgetischer Massnahmen lasse sich eine einigermaßen erträgliche Situation erzielen. Bis auf Weiteres bestehe eine mindestens 50 bis 75%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/17).

3.13. Dr. med. C., Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, stellte in seinem Schreiben vom 22. Oktober 2010 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (Urk. 13):

- Seit Jahren bestehende invalidisierende Schmerzen bei bekannter Endometriose Grad IV
- Status nach laparoskopischer Adhäsionslyse und Ureterolyse links sowie Adnexektomie links im Juni 2008
- Status nach Uretrozysto-Neostomie links mit Blasenfixation am Psoas links im Juli 2007
- Status nach laparoskopischer Adhäsionslyse und Ureterolyse links mit Endometrioseresektion, Vaginalteilresektion, Blasenrevision bei intraoperativer Blasenläsion im März 2007

- Status nach radikaler Hysterektomie mit Urethromobilisation, partieller Vaginalresektion links lateral bei recto-vaginaler Endometriose und Hydronephrose links im September 2006

- Status nach rezidivierender Pigtaileinlage links bei Hydronephrose

Die erneut Konsultation sei wegen massiver Schmerzen erfolgt. Bei der Beschwerdeführerin traten nach zweistündiger Arbeit derart starke Schmerzen auf, dass es ihr nicht mehr möglich sei, weiter zu arbeiten. Aufgrund der vorliegenden schwersten Form der Endometriose bestehe eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13 S. 2).

E. 4

4.1 Aufgrund der insoweit übereinstimmenden medizinischen Berichte steht fest, dass die Beschwerdeführerin seit 2006 unter Unterbauchbeschwerden bei Endometriose Grad IV und rezidivierender Harnwegsinfektion sowie unter einer - von den Ärzten als leichte depressive Episode (vgl. Gutachten Dr. Z. ___ vom 11. November 2009, Urk. 8/47 S. 9) beziehungsweise depressive Verstimmung qualifizierten (Urk. 8/19 S. 9, Urk. 8/19 S. 2, Urk. 8/21 S. 4, Urk. 8/27 S. 1, Urk. 8/40 S. 3) - depressiven Symptomatik leidet.

4.2 Da es sich bei einer leichten depressiven Episode um ein vorübergehendes Leiden handelt, dem kein Krankheitswert beizumessen ist (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_322/2011 vom 29. August 2011 E. 4.1 in fine, mit Hinweis), ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle von einer aus psychischer Sicht uneingeschränkten Arbeitsunfähigkeit ausging (Urk. 2).

4.3

4.3.1 Hinsichtlich der Auswirkung der physischen Gesundheitsstörung auf die Leistungsfähigkeit befand die IV-Stelle die Berichte der behandelnden Ärzte nicht für schlüssig und beauftragte die Ärzte des Universitätsspitals W. ___ mit einer gynäkologischen Begutachtung der Beschwerdeführerin (Urk. 8/32 S. 3-5, Urk. 8/34). Bei der in der Folge am 16. Juni 2009 von Dr. Y. ___ abgegebenen Einschätzung (Urk. 8/40) handelt es sich indes um keine eigentliche, den einschlägigen rechtsprechungsgemässen Anforderungen genügende Expertise (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c), sondern lediglich um einen Bericht (vgl. auch Schreiben Dr. Y. ___ vom 1. Februar 2010, Urk. 8/50), in dem die genannte Ärztin - ohne sich mit den Vorakten auseinander zu setzen und ohne sich zum Einfluss der Gesundheitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit zu äussern - im Wesentlichen zum Schluss gelangte, dass sich im Zusammenhang mit den "chronischen invalidisierenden" Unterbauchschmerzen noch diverse Untersuchungen aufdrängten. Zwar gab sie am 1. Februar 2010 auf entsprechende Nachfrage der IV-Stelle hin noch eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ab, diese vermag indes insofern nicht zu überzeugen, als Dr. Y. ___ die nun - seit unbestimmter Zeit und in einer nicht näher umschriebenen Tätigkeit - attestierte Arbeitsunfähigkeit - in sich widersprüchlich - mit gynäkologischen beziehungsweise mit nicht konkretisierten "multifaktoriellen" Ursachen begründete und nicht darlegte, weshalb sie die bescheinigte Einschränkung mit 20 % bezifferte (Urk. 8/50).

4.3.2 Auch die weiteren Arztberichte bilden keine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus physischer Sicht. Wohl gingen die behandelnden Ärzte übereinstimmend davon aus, dass die physische

Gesundheitsst rzung sich negativ in der Leistungsfähigkeit niederschlage, betreffend die konkret bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelangten sie indes zu divergierenden Schlüssen. So bescheinigten die Ärzte des Spitals A.____, welche die Beschwerdeführerin seit Jahren - wiederholt auch operativ - behandelten, dieser aufgrund des - verschiedentlich als "invalidisierend" bezeichneten (Urk. 8/19 S. 2, Urk. 8/27 S. 1, Urk. 3/17) - Unterbauchleidens im Laufe der Zeit (jedenfalls in der angestammten Tätigkeit) immer wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/19 S. 2, Urk. 8/28, Urk. 8/27 S. 2, Urk. 3/9-13). Hinsichtlich einer - nicht näher umschriebenen - leidensangepassten Tätigkeit gingen sie am 26. Oktober 2008 von einer Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines Arbeitspensums von 15 bis 20 Stunden pro Woche aus (Urk. 8/19 S. 6). Am 19. Februar 2009 hielten sie fest, zumutbar seien - wenn überhaupt - höchstens noch leichte Arbeiten im Teilzeitpensum (Urk. 8/27 S. 2). Nachdem anlässlich der wegen einer Knieverletzung erfolgten Konsultation am 1. Dezember 2009 in Bezug auf die Endometriose eine Beschwerdefreiheit konstatiert worden war (Urk. 3/15 S. 1), bezifferten die Ärzte des Spitals A.____ die Arbeitsunfähigkeit am 23. Juni 2010 - ohne anzugeben, ob sich diese Einschätzung auf die angestammte oder eine leidensangepasste Tätigkeit beziehe - mit mindestens 50 bis 75 %, hielten indes gleichzeitig fest, aufgrund der massiven Beschwerden im Zusammenhang mit der Endometriose falle eine Arbeitsaufnahme auch längerfristig ausser Betracht (Urk. 3/17). Dr. C.____ schliesslich bescheinigte der Beschwerdeführerin am 22. Oktober 2010 - unter Hinweis auf die erfahrungsgemäss nach einer Arbeitsdauer von maximal zwei Stunden auftretenden massiven Schmerzen - eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13 S. 1), wobei auch dieser Gynäkologe nicht angab, ob sich seine Beurteilung auf die bisherige oder eine Verweistätigkeit beziehe.

4.4       Nach dem Gesagten lässt sich gestützt auf die aktenkundigen Arztberichte nicht beurteilen, welche Auswirkungen die physischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit haben. Es ist grundsätzlich Aufgabe der IV-Stelle und nicht des Gerichts (Urk. 1 S. 2, Urk. 12 S. 2), die zur Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendigen medizinischen Berichte und - gegebenenfalls - Gutachten einzuholen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] sowie auch das in BGE 137 V 210 publizierte Grundsatzurteil 9C_243/2010 vom 28. Juni 2010). Deshalb ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie fundiert - allenfalls durch ein korrektes Gutachten (vgl. Erwägung Ziff. 4.3.1) - abkl re, ob und gegebenenfalls inwieweit die Beschwerdeführerin in invalidenversicherungsrechtlich bedeutsamer Weise in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei, und hernach neu über den Rentenanspruch verfüge.

5.         Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 700.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.         Ausgangsgemäss ist der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit   34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine

Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 4. Juni 2010 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente neu verfähre.

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

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Max Geu
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- AXA Leben AG
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Z. Hofquai 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.