

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01338 vom 25. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01338

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01338 du 25 mars 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01338 del 25 marzo 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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).

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 Schmerzstellung, 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 Schmerzstellung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstellung 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 mehrjähriges,

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).

3.2.3 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).

E. 3.3

3.3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit 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).

3.3.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, welche im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 3 ATSG; Art. 28 Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 27 Abs. 1 und 2 IVV, seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 bis IVG; spezifische Methode; BGE 130 V 99 Erw. 3.3.1, 104 V 136 Erw. 2a; AHI 1997 S. 291 Erw. 4a). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 Abs. 2 IVV, seit 1. Januar 2004: Art. 27 IVV).

3.3.3 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 Absatz 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 IVV, seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 ter IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

3.4 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).

3.5 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formale 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 prüfend nachvollziehen kann, sowie ob der Experte nicht auszumessende 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. 4

4.1 Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin als teilerwerbstätige Hausfrau (mit einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 61 % und einem Anteil der Haushaltstätigkeit von 39 %) einzustufen und die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode vorzunehmen ist (vgl. Erw. 3.3). Strittig und zu prüfen ist jedoch das Ausmass ihrer Einschränkung in der Erwerbstätigkeit und im Haushalt.

4.2. Die Beschwerdeführerin macht geltend, gemäss Gutachten des V. vom 13. März 2007 sei der Beschwerdeführerin eine körperlich eher leichtere bis mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen zumutbar. Es bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Daraus liessen sich an- und ungelernete Tätigkeiten in Industrie, Handel und Dienstleistungsbereich ableiten. Bei einem Prozentpensum von 61 % betrage das zumutbare Erwerbseinkommen ohne Behinderung Fr. 31'450.-- und dasjenige mit Behinderung Fr. 27'057.--, was bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 4'393.-- eine Einschränkung von 14 % ergebe. Die vor Ort durchgeführte Abklärung habe eine Einschränkung in der Verrichtung der Haushaltsarbeiten von insgesamt 11 % ergeben. Der Teilinvaliditätsgrad im Erwerb belaufe sich auf 8,54 %, derjenige im Haushalt auf 4,29 %. Es resultiere somit ein Gesamtinvaliditätsgrad von 13 %, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2).

4.3. Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, es seien in der Zwischenzeit in Bezug auf das V. Vorkommnisse bekannt geworden, welche dieses Begutachtungsinstitut nachhaltig kompromittierten. Unter diesen Umständen könne man generell nicht mehr davon ausgehen, dass das V. bei der Begutachtung unvoreingenommen und objektiv vorgehe. Vielmehr dränge sich der Schluss auf, dass das V. dazu tendiere, Gutachten ungerechtfertigterweise zu Ungunsten der versicherten Person abzufassen. Es sei nicht auszuschliessen, dass das V. auch im vorliegenden Fall seine Beurteilung zu Ungunsten der Beschwerdeführerin getroffen habe (Urk. 1 Seite 4). Zudem seien die Exploration durch das V. und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unzureichend festgestellt und in sich widersprüchlich. Das Gutachten des V. genüge dem Anspruch einer medizinischen neutralen Begutachtung nicht. Überdies mangle es für eine abschliessende Beurteilung der Situation der Beschwerdeführerin an einem fachärztlichen orthopädischen Gutachten. Es stelle eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes dar, dass die Beschwerdeführerin ohne weitere eingehende Prüfung einzig die Begutachtung des V. ihrem Entscheid zugrunde lege und in Bezug auf wesentliche Unterschiede zwischen den Gutachten, insbesondere zu demjenigen von Z., gar keine Stellung beziehe (Urk. 1 Seite 7).

E. 5

5.1.

5.1.1. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Z., erhob in seinem Bericht an die Beschwerdeführerin vom 26. Mai 2006 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" rezidivierende Lumbalgien, ein rezidivierendes Thorakovertebralsyndrom sowie Cervicalsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung, bestehend seit 1984, ein rezidivierendes ISG-Syndrom rechts oder links, bestehend seit 1991, Chondropathia-Patellae-Beschwerden beidseits, vor allem rechts, bestehend seit 2001, eine PHSC rechts, bestehend seit 2003, eine Diskusprotrusion L5/S1 mit radikulärem Syndrom L5 links und spondylogem Syndrom links, bestehend seit Dezember 2004 (Urk. 9/15/1). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär bis besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (Urk. 9/15/2). In der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Schokoladenfabrik sei sie seit dem 14. Dezember 2004 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/15/1). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei sie voraussichtlich in einigen Monaten (nach weiterem Rückenmuskeltraining) halbtags (2 x 2 Stunden pro Tag) arbeitsfähig (Urk. 9/15/4).

5.1.2.1.1. Im Bericht der Rheumaklinik des Spitals S. ___ an die Beschwerdegegnerin vom 19. Mai 2006 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Lumboschialgie mit radikularem Reizsyndrom L5 links bei bekannter Diskushernie L5/S1 bei/mit transienter Hyposensibilität L5 und leichter Zehenheber-/senkerschwäche, fehlendem Tibialis-posterior-Reflex links und bekannter Diskushernie L5/S1 (Erstdiagnose Dezember 2004), aktuell mit Regredienz der Hernienröhre, gestellt. Die Beschwerdeführerin sei vom 7. bis 20. September 2005 in der Rheumaklinik des Spitals S. ___ in stationärer Behandlung gewesen. Ihr Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Seitens der Rheumaklinik des Spitals S. ___ sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 7. bis 30. September 2005 attestiert worden, danach gemäss Hausarzt (Urk. 9/13/5). Anlässlich des Aufenthaltes im Spital S. ___ hätten die Lumboschialgien mit radikularem Reizsyndrom links unter der Physiotherapie eine schnelle Besserung gezeigt, so dass insgesamt eine gute Prognose gestellt werden könne (Urk. 9/13/6).

5.1.3.1. Im Bericht des Wirbelsäulenzentrums der Klinik R. ___ an die Beschwerdegegnerin vom 11. Mai 2006 wurde unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" ein chronisches lumboradikulares Reizsyndrom L5/S1 links bei/mit Diskusprotrusion L5/S1 median (MRI der Lendenwirbelsäule vom 21. Dezember 2004), muskulärer Dysbalance und Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung (Kopfprotraktion, hochthorakaler Flachrücken, vermehrte Kyphosierung am thorakolumbalen Übergang) genannt. Die Beschwerdeführerin sei vom 1. November 2005 bis 11. Januar 2006 in der Klinik R. ___ behandelt worden, wobei unter den therapeutischen Massnahmen eine 70%ige Besserung der Beschwerden habe erreicht werden können. Ihr Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit sei durch den Hausarzt beurteilt worden (Urk. 9/12/3-4).

5.1.4.1. Y. ___ hielt in seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 20. Mai 2006 fest, er habe die Beschwerdeführerin im Auftrag der SWICA einmal (am 7. März 2006 [Urk. 9/14/5]) vertrauensärztlich untersucht. Er fühle sich deshalb nicht imstande, den Fragebogen der Beschwerdegegnerin aussagekräftig zu beantworten. Er überlasse ihr aber seinen Bericht an die SWICA vom 7. März 2006 (Urk. 9/14/2). Darin diagnostizierte er ein lumbospondylogenes und lumbovertebrales Syndrom sowie ein wahrscheinliches ISG-Syndrom (zur Zeit klar linksbetont) bei regredienter Diskusprotrusion L5/S1 sowie muskulärer Dysbalance. In ihrer bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig. (Urk. 9/14/5). Eine andere Tätigkeit, auch nur teilweise, sehe er im heutigen Zeitpunkt nicht (Urk. 9/14/6). Bisher seien Röntgenuntersuchungen (inkl. zweimaliges MRI der Lendenwirbelsäule), ein Sakralblock sowie Physiotherapie durchgeführt worden, alles ohne anhaltenden Erfolg (Urk. 9/14/5). Die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung sei sicher gegeben. Als therapeutische Möglichkeiten sehe er noch den Versuch einer chiropraktischen Behandlung vor allem im Bereich der ISG sowie eine stationäre Rehabilitation, namentlich im speziellen Schmerzprogramm der Rehabilitationsklinik Zurzach (Urk. 9/14/6).

5.1.5.1. A. ___, FMH Orthopädische Chirurgie, B. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie C. ___, FMH Innere Medizin, vom V. ___ führen in ihrem Gutachten vom 13. März 2007 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" eine intermittierend auftretende schmerzhafte Blockade der

Iliosakralgelenke, links mehr als rechts, (ICD-10 M99.84) bei/mit höchstens leichtgradigen degenerativen Veränderungen der Iliosakralgelenke (ICD-10 M19.0) und unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F59) an (Urk. 9/21/17). Nach Schulabgang habe die Beschwerdeführerin keine Berufsbildung gemacht und zuletzt während vieler Jahre in einer Schokoladenfabrik im Bereich der Verpackung und Palettierung gearbeitet, wo sie häufig grössere Gewichte bewegen müssen. Aus orthopädischer Sicht bestehe dafür bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit, da körperlich schwere Tätigkeiten aufgrund der postulierten Pathologie im Bereich der Iliosakralgelenke als Schmerzprovokateur fungieren könnten, was nicht zumutbar erscheine. Aus psychiatrischer Sicht könne einzig die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung gestellt werden, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bewirke. Aus internistischer Sicht liessen sich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben. Zusammenfassend bestehe in der angestammten Tätigkeit bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aus orthopädischer Sicht bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position mit einer Hebe- und Traglimite von 10 Kilogramm und ohne längerdauernde Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Es sei zwar denkbar, dass es intermittierend zu tageweisen Arbeitsausfällen kommen könnten, die jedoch die krankheitsbedingten Fehltage der durchschnittlichen werktätigen Bevölkerung kaum überschreiten sollten. Aus psychiatrischer und internistischer Sicht beständen in einer solchen Tätigkeit keine Einschränkungen. Aufgrund der anamnestischen Angaben, ihren Untersuchungsbefunden, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen sie davon aus, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im genannten Ausmass seit September 2004 bestehe, als sich die bereits zuvor bestehenden lumbosakralen Rückenbeschwerden derart akzentuierten, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitstätigkeit auch nach erfolgten Therapien nicht mehr im gewohnten Umfang wieder habe aufnehmen können. Eine körperlich angepasste Tätigkeit, wie sie beschrieben worden sei, wäre ihr ab diesem Zeitpunkt allerdings vollumfänglich zumutbar gewesen. Bei der Hausarbeit seien die gleichen Belastungen zumutbar wie bei ausserhäuslichen Tätigkeiten, so dass auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit die gleichen Überlegungen gälten. Dabei dürfte der Anteil körperlich schwerer Tätigkeiten in einem durchschnittlichen Haushalt mit Garten höchstens 20 % betragen, was entsprechend der gesamten Einschränkung entspreche (Urk. 9/21/18).

5.1.6.1 Die Abklärungsperson kam in ihrem Abklärungsbericht vom 1. Juni 2007 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Haushaltbereich (Anteil von 39 %) zu 11 % eingeschränkt sei, was eine Behinderung von 4,29 % ergebe (Urk. 9/26/6).

5.2.1.1

5.2.1.1 Das Gutachten des V.____ basiert auf umfassenden Untersuchungen (internistisch, psychiatrisch und - entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin [Urk. 1 Seite 7] - orthopädisch) und wurde in Kenntnis der Vorakten verfasst. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sowie ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt

und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Insbesondere setzten sich die Gutachter - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 Seiten 5 und 7) - eingehend mit den Vorakten auseinander und nahmen zu den abweichenden Einschätzungen von Z. ___ und Y. ___ in den genannten Berichten vom 20. Mai resp. 7. März 2006 (Urk. 9/15/1-4 und Urk. 9/14/5-7) Stellung. Das Gutachten erfüllt demnach alle rechtsprechungsgemässen Kriterien für eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb ihm grundsätzlich voller Beweiswert zukommt (vgl. Erwägung 3.5).

5.2.2.2 Die Beschwerdeführerin bringt dagegen, wie erwähnt, zunächst vor, in der Zwischenzeit seien Vorkommnisse bekannt geworden, welche das V. ___ nachhaltig kompromittierten; es könne generell nicht mehr davon ausgegangen werden, dass dieses Begutachtungsinstitut bei der Begutachtung unvoreingenommen und objektiv vorgehe (Urk. 1 Seite 4). Damit dürfte sie auf die dahingehende Berichterstattung in den Sendungen des "Kassensturzes" des Schweizer Fernsehens, ausgestrahlt am 19. September und 26. September 2006, Bezug genommen haben. In diesen Sendungen wurde darüber berichtet, dass dem V. ___ vorgeworfen wird, dieses (richtig wohl: der geschäftsleitende C. ___) würde Expertisen von Gutachtern eigenmächtig abändern ohne Rücksprache mit den Experten. Konkret wurde das Beispiel einer Schleudertrauma-Patientin angeführt, die im V. ___ begutachtet worden sei. Im Schlussgutachten des V. ___ stehe, sie sei zu 80 % arbeitsfähig, wogegen im Untergutachten noch von 50 % die Rede gewesen sei. Allgemein wurde dem V. ___ auch vorgeworfen, versicherungsfreundlich zu entscheiden (vgl. www.sf.tv/sf1/kassensturz/sendung/beitragid=1322 bzw. =1327).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Teilgutachten (orthopädisches Teilgutachten von A. ___ vom 19. Dezember 2006 [Urk. 9/21/11-17], psychiatrisches Teilgutachten von B. ___ vom 19. Dezember 2006 [Urk. 9/21/8-11]) im Gesamtgutachten abgeändert worden sein könnten. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, wurden die darin vorgenommenen Beurteilungen vielmehr vollumfänglich übernommen. Ausserdem lag die Fallführung offensichtlich beim Orthopäden, A. ___ (Urk. 9/21/6). Einzig die internistische Situation wurde mit C. ___ evaluiert (Urk. 9/21/8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 Seite 5) bestehen sodann keine Anhaltspunkte dafür, dass die Exploration durch das V. ___ aus ökonomischen Gründen lediglich einen - und nicht, wie offenbar vorgängig in Aussicht gestellt worden war - zwei Tage gedauert hat. Die Beschwerdeführerin lässt ausser Acht, dass es sehr schwierig ist, den Zeitrahmen für eine Untersuchung vorgängig abzuschätzen. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn - wie hier - die Durchführung einer psychiatrischen Untersuchung vorgesehen ist. Der Zeitaufwand für eine solche schwankt nämlich, je nach Fragestellung und zu beurteilender Psychopathologie, in weiten Grenzen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 13. Juni 2006 in Sachen S., I 58/06, Erwägung 2.2). Ausserdem kann aus der Dauer der Untersuchung generell nicht auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen Stellungnahme geschlossen werden (vgl. Urteil des EVG vom 20. Januar 2006 in Sachen F., I 748/05, Erwägung 2.2.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit sich das Gutachten des V. ___ vom 13. März 2007 in sich selber sowie aufgrund aller anderen medizinischen Akten als schlüssig erweist, was

nachfolgend zu prüfen ist, besteht daher kein Anlass, ihm den vollen Beweiswert abzusprechen.

5.2.3.3 Der im Gesamtgutachten vom 13. März 2007 (Urk. 9/21/17-22) vorgenommenen Einschätzung liegt zum einen die - mit dem "Allgemeinmedizinischen Status vom 19. Dezember" (Urk. 9/21/8) in Einklang stehende - Feststellung zugrunde, dass sich aus internistischer Sicht keine Hinweise auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben hätten (Urk. 9/21/8).

Zum andern basiert diese Beurteilung auf den Erhebungen von A. in seinem orthopädischen Teilgutachten vom 19. Dezember 2006 (Urk. 9/21/11-17). A. legt darin nachvollziehbar dar, dass und weshalb die Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus orthopädischer Sicht nicht vollständig erklärt werden können. So weist er darauf hin, dass das Gangbild auf der Treppe und auf ebenem Terrain ein teilweise deutliches, teilweise nur knapp erkennbares Schonhinken zeige, indem insbesondere die geprüften extensionsnahen Gangvarianten sowie später auch der Tretversuch nahezu hinkfrei möglich seien. Bei der Untersuchung des Stammes ergebe sich eine freie Beweglichkeit in sämtlichen Abschnitten, indem der initial deutlich erhöhte Finger-Boden-Abstand von 33 Zentimeter später durch den Langsitz relativiert werde, bei dem die Fingerspitzen ohne Schmerzangabe bis zum Fussrücken geföhrt werden könnten, entsprechend einem Finger-Bodenabstand von 0 Zentimeter. Hier könne entsprechend eine deutliche Selbstlimitation der Beschwerdeführerin beobachtet werden. Palpatologisch werde intermittierend eine Druckdolenz im lumbalen Bereich angegeben, zudem bei expliziter Nachfrage über beiden Iliosakralgelenken, wogegen der Menell-Test links höchstens angedeutet positiv, rechts negativ sei. An den unteren Extremitäten bestehe eine freie und weitestgehend schmerzlose Beweglichkeit sämtlicher Gelenke bei guter Kraftentfaltung. Lediglich die endgradige Hüftextension, vor allem beim extendierten Bein, führe zu einer leichten glutealen Schmerzangabe. Die übrigen Gelenke seien frei und schmerzlos beweglich bei guter Kraftentfaltung. Suprapatellar am rechten Knie beständen verbreiterte, jedoch reizlose Narbenverhältnisse nach Zystenexzision im Kindesalter. An den oberen Extremitäten bestehe eine frei und schmerzlose Beweglichkeit bei guter Kraftentfaltung. Auf neurologischer Ebene werde eine abgeschwächte Berührungsempfindlichkeit am medialen Fussrand rechts angegeben, am ehesten entsprechend dem Dermatome L5. Offenbar bestehe jedoch keine Sensibilitätsstörung im Bereich des Unterschenkels, so dass insgesamt keine sicheren Hinweise für das Vorliegen einer spinalen Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervs beständen. Die vorliegenden MR-Tomographien der Lendenwirbelsäule zeigten im Jahre 2004 eine kleine mediane Diskushernie mit Impression des Duralsackes, jedoch ohne Hinweise auf eine relevante Neurokompression. In den Verlaufsaufnahmen von September 2005 bestehe eine Regredienz dieses Befundes, der nach wie zu keiner sichtbaren Neurokompression führe. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sich die von der Beschwerdeführerin anlässlich der von ihm durchgeführten Untersuchung angegebenen Beschwerden nur höchst unzureichend begründen liessen. Am ehesten handle es sich um eine Pathologie im Bereich der Iliosakralgelenke im Sinne rezidivierend auftretender Blockaden daselbst, wohingegen ein eigentliches spinales Problem klinisch weitestgehend ausgeschlossen werden könne (Urk. 9/21/15-15). Diese Feststellungen stehen mit den von A. erhobenen orthopädischen und neurologischen

(im Gutachten beidseits bei 90° [Urk. 9/21/13]) sowie keine Sensibilitätsstörungen (im Gutachten verminderte Berührungsempfindung am medialen Fussrand links, im Bereich der Unterschenkel jedoch unauffällige Sensibilität [Urk. 9/21/13]) fest (Urk. 9/15/2). Diese Befunde erklären wohl eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit seit Dezember 2004, nicht jedoch, weshalb ihr eine behinderungsangepasste Tätigkeit voraussichtlich erst in einigen Monaten, also ab circa Ende 2006, und lediglich halbtags (2 x 2 Stunden pro Tag) zumutbar sein soll. Z. ___ hat denn seine dahingehende Einschätzung (Urk. 9/15/4) auch nicht nachvollziehbar begründet. Ausserdem dürfte er als Hausarzt der Beschwerdeführerin ohnehin geneigt sein, in Zweifelsfällen eher zu ihren Gunsten auszusagen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 7. April 2006 in Sachen B., I 750/05, Erwägung 2.4.1, mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich hat auch Y. ___ für die im genannten Bericht an die L. ___- Versicherungsagentur vom 7. März 2006 (Urk. 9/14/5-7) vorgenommene Einschätzung (100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit) keine Begründung geliefert. Diese Einschätzung kann deshalb nicht Grundlage einer inhaltlichen Auseinandersetzung im Rahmen eines medizinischen Gesamtgutachtens bilden (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 7. April 2008 in Sachen S., 9C_44/2007, Erw. 3.2).

5.2.5 Ä Ä Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass sich die Beschwerdeführerin offenbar keiner Physiotherapie mehr unterzieht. Ausserdem hat sie offenbar bislang noch nie eine stationäre Rückenrehabilitation durchgeföhrt (Urk. 9/26/1). In diesem Zusammenhang ist auf den im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein geltenden Grundsatz der Selbsteingliederung hinzuweisen. Danach hat 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 föhren (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).

5.3 Ä Ä Ä Es ergibt sich somit, dass aufgrund der vorliegenden Akten ohne Weiteres von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten in wechselnder Position mit einer Hebe- und Traglimite von 10 Kilogramm und ohne längerdauernde Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule ausgegangen werden kann.

E. 6

6.1 Ä Ä Ä Wie erwähnt, wurde im Abklärungsbericht der Beschwerdegegnerin vom 1. Juni 2007 eine Beeinträchtigung in der Haushaltführung von 11 % ermittelt (Urk. 9/26).

6.2 Ä Ä Ä 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 genügende 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 Hilfenentscheidung 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 örtlichen und räumlichen 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).

6.3. Der Abklärungsbericht vom 1. Juni 2007 (Urk. 9/26) wurde durch eine spezialisierte Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin verfasst. Er gibt einleitend die anlässlich des Abklärungsgesprächs vom 30. Mai 2007 seitens der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wieder (Urk. 9/26/1). Es folgen Angaben zur hypothetischen Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall, zur Situation im Haushalt, den Wohnverhältnissen und den technischen Einrichtungen (Urk. 9/26/2-3). 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 und wurde denn seitens der Beschwerdeführerin auch nicht bemängelt (Urk. 1).

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).

Die Abklärungsperson hat für ihre Einschätzung der Einschränkungen der Beschwerdeführerin in den einzelnen Bereichen je eine kurze, nachvollziehbare Begründung angeführt (Urk. 9/26/4-6). 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 Ehemannes sowie der im gleichen Haushalt lebenden Kinder, geboren 1989 und 1993, ausgegangen ist.

6.4. Der Abklärungsbericht vom 1. Juni 2007 (Urk. 9/26) stellt deshalb eine zuverlässige Grundlage zur Beurteilung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt dar. Daran ändert nichts, dass im Gutachten des V. vom 13. März 2007 die Beeinträchtigung im Haushalt auf 20 % geschätzt wird (Urk. 9/21/18-19), handelt es sich dabei doch um eine medizinisch-theoretische Beurteilung, bei welcher naturgemäss sowohl die Schadenminderungspflicht der Beschwerdeführerin als auch die Mitwirkungspflicht ihres Ehemannes sowie ihrer Kinder ausser Acht gelassen wurden. Seitens der Beschwerdeführerin wird denn auch nicht beanstandet, dass die Beschwerdegegnerin von einer 11%igen Einschränkung im Haushaltbereich ausgegangen ist. Insbesondere machte sie auch keine zusätzlich in

Anschlag zu bringenden Wechselwirkungen zwischen Erwerb und Haushalt geltend. Solche sind denn mit Blick auf die dafür beachtlichen Grundsätze (vgl. BGE 134 V 9 E. 7 Seite 10 ff.) auch nicht ersichtlich.

7.4.4.4.4

7.1.4.4.4 Es ist, wie erwähnt, unbestritten, dass zur Ermittlung des Invaliditätsgrades die gemischte Methode anzuwenden ist. Unbestritten sind ferner auch die Bemessungsfaktoren "Anteil Erwerbstätigkeit" (61 %) und "Anteil Haushaltführung" (39 %). Die Invalidität bestimmt sich demnach grundsätzlich dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Haushaltbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird (vgl. Erwägung 3.3), wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (vgl. BGE 130 V 396 Erw. 3.3; vgl. BGE 134 V 9).

7.2.4.4.4 Unter dem Valideneinkommen ist jenes Einkommen zu verstehen, welches die versicherte Person als Gesunde tatsächlich erzielen würde (ZAK 1992 S. 92 Erw. 4a, 1961 S. 367). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Massgebend ist, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Weiterentwicklung, soweit hierfür hinreichend konkrete Anhaltspunkte bestehen, zu erwarten gehabt hätte (BGE 96 V 29, ZAK 1985 S. 635 Erw. 3a sowie RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b; vgl. auch EVGE 1968 S. 93 Erw. 2a). Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst. Entscheidend ist, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b mit Hinweis; vgl. auch ZAK 1990 S. 519 Erw. 3c).

4.4.4.4.4 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 wörtlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7, seit 2004 von 41,6 und seit 2006 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2008 S. 94 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).

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).

7.3 Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nach wie vor mit einem Beschäftigungsumfang von 61 % bei der L. _____ als Produktionsmitarbeiterin tätig wäre. Gemäss den Angaben dieser Firma im "Fragebogen für den Arbeitgeber" vom 9. Mai 2006 (Urk. 9/8) würde sie dort im Gesundheitsfall einen Stundenlohn von Fr. 26.60 erzielen. Ausgehend von 1'932 Jahresarbeitsstunden ermittelte die Beschwerdegegnerin für ein Vollzeitpensum (41 Stunden pro Woche [Urk. 9/8/2]) einen Jahreslohn von Fr. 51'391.20 (= Fr. 26.60 x 1'932 Stunden) und für einen Beschäftigungsumfang von 61 % einen solchen von Fr. 31'450.-- (= 0,61 x Fr. 51'391.20 [Urk. 9/28/5]). Demgemäss setzte sie das hypothetische Invalideneinkommen auf Fr. 31'450.-- fest (Urk. 2 Seite 2), was seitens der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wurde (Urk. 1).

7.4

7.4.1 Das Invalideneinkommen ist nach dem Gesagten aufgrund der Tabellenlöhne zu ermitteln. Statistischer Ausgangswert bildet dabei der monatliche Durchschnittslohn von Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten im gesamten privaten Sektor, zumal keine medizinischen Gründe gegen die grundsätzliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf dem gesamten ausgeglichenen Arbeitsmarkt sprechen.

Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) von Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten betrug im Jahr 2006 Fr. 4'019.-- (LSE 2006, Tabelle TA1 Seite 25), was bei einer durchschnittlichen betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2006 (vgl. Die Volkswirtschaft 3-2009, Tabelle B9.2 Seite 98) einen Monatslohn von Fr. 4'189.80 resp. einen Jahreslohn von Fr. 50'277.60 (= Fr. 4'189.80 x 12)

ergibt. Bei einem Beschäftigungsumfang von 61 % resultiert somit ein hypothetisches Invalideneinkommen 2006 von Fr. 30'669.30 (= 0,61 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). Es rechtfertigt sich somit, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht bemerkt (Urk. 9/28/5), zusätzlich ein - leidensbedingter - Abzug von 10 %.

7.4.2 Das zumutbare hypothetische Invalideneinkommen 2006 ist demgemäss auf Fr. 27'602.40 (= 0,9 x Fr. 30'669.30) festzusetzen. Ausgehend vom ermittelten hypothetischen Valideneinkommen 2006 von Fr. 31'450.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 3'847.60 resp. eine Einschränkung von 12 %.

7.5 Bei einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 61 % ergibt sich eine gewichtete Teilinvalidität von 7,32 % (0,61 x 12 %).

Im Haushaltbereich ist nach dem Gesagten gestützt auf den Abklärungsbericht vom 1. Juni 2007 (Urk. 9/26) von einer Einschränkung von 11 % auszugehen. Bei einem Anteil dieses Bereiches von 39 % resultiert eine gewichtete Teilinvalidität von 4,29 % (= 0,39 x 11 %).

Ausgehend von einer gewichteten Teilinvalidität im Erwerbsbereich von 7,32 % und einer gewichteten Teilinvalidität im Haushaltbereich von 4,29 % ergibt sich eine Gesamtinvalidität von aufgerundet 12 %.

7.6 Die Beschwerdegegnerin hat demnach einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung im Ergebnis zu Recht verneint (Art. 28 Abs. 1 IVG), weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

8. 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. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der 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:

- Rechtsanwalt Viktor Györfly
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- M. ____

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).

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.