

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 therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. 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 (BGE 130 V 352). Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndromen (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

???????

3.2???? Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte 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 .

???????? Der Invaliditätsgrad ist bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG). 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 ziffermässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

3.3???? Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI

2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

3.4.1.1 Gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, Anspruch auf eine Hilfenentscheidung. Vorbehalten bleibt Artikel 42 bis IVG. Als hilflos gilt eine Person, die wegen einer Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Im Bereich der Invalidenversicherung gilt auch eine Person als hilflos, welche zu Hause lebt und wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (Art. 42 Abs. 3 Satz 1 IVG; Art. 38 IVV). Praxisgemäss (BGE 121 V 88 E. 3a mit Hinweisen) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend:

???????? Ankleiden, Auskleiden; ??? ????????? Aufstehen, Absitzen, Abliegen; ?? ????????? Essen; ????????? Körperpflege; ????????? Verrichtung der Notdurft; ????????? Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme (BGE 127 V 94 ??????? E. 3c, 125 V 297 E. 4a) .

????????

E. 4

4.1.1.1

4.1.1.1 Die Gutachter des Z.____ hielten im interdisziplinären Gutachten internistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Fachrichtung vom 11. Februar 2005, auf welchem der rentenverweigernde Entscheid des Kantonsgerichts des Kantons Jura vom 12. April 2006 (Urk. 9/145) zur Hauptsache basierte, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Schwere Somatisierungsstörung mit konversionsneurotischen Anteilen (ICD-10: F45.0) mit/bei funktioneller Hemisymptomatik rechts und dissoziativen Anfällen; belastungsabhängige Vorfussbeschwerden links mit/bei Status nach Amputation der Endphalanx der zweiten Zehe im Kindesalter, Status nach Kontusion der linken Grosszehe mit Weichteilverletzung und Sekundärfekt im Dezember 1990, Status nach chirurgischem Debridement und antibiotischer Behandlung wegen Osteomyelitis der Endphalanx Digitus I im März 1991, Status nach Korrekturosteotomie des Endgelenks am 30. Oktober 1998, Status nach Arthrolyse eines Hallux rigidus am 22. April 1999; chronische rechtsseitige Knieschmerzen unklarer Ätiologie mit/bei Status nach Kniekontusion und blander Arthroskopie 1994, Status nach erneuter Kniekontusion mit präpatellarem Weichteilinfekt am 28. Mai 1997, Status nach erneuter Kniearthroskopie rechts mit Nachweis einer Chondromalazie Grad I und lateral release am 22. August 1997. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Z.____-Gutachter ausserdem die Diagnose eines Cervikocranialsyndroms mit/bei segmentaler Funktionsstörung des craniocervikalen Übergangs, muskulärer Dysbalance, Periarthritis humero-scapularis-tendomyotika rechts und referred-pain-Symptomatik im rechten Arm (Urk. 9/131 S. 30).

??????? Unter den Titeln "Systemanalyse" und "jetziges Leiden" führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin habe neben ihren chronischen Fuss- und Knieschmerzen zunehmend Schmerzen im Bereich der Lenden- und der Halswirbelsäule. Zudem leide sie an permanenten Kopfschmerzen mit Exazerbationen drei- bis viermal pro Woche, verbunden mit Ohnmachtsanfällen, Missempfindungen im Bereich der rechten Gesichtshälfte, Nasenbluten und teilweise auch Blutungen aus dem Mund. Seit längerem bestehe auch eine Sensibilitätsverminderung in der gesamten rechten Körperhälfte mit Verminderung der Kraft im rechten Arm und im rechten Bein. Die Beschwerdeführerin mache sich grosse Sorgen wegen ihres Gesundheitszustands und habe Angst, ohne Begleitung das Haus zu verlassen, eigentlich depressiv sei sie aber nicht (Urk. 9/131 S. 14 ff.).

??????? Der rheumatologische Gutachter hielt in seiner Beurteilung fest, von Seiten des Bewegungsapparates zeigten sich zwei Problemkreise, die durch die klinischen Befunde und die Einschränkungen im Alltag verifiziert seien. Im Vordergrund stehe die Schmerzhaftigkeit des linken Vorfusses verbunden mit einer eindeutig verminderten Belastbarkeit beim Abrollen und längeren Stehen, weshalb die Beschwerdeführerin ausschliesslich orthopädische Massschuhe trage. Der zweite Problemkreis betreffe die eindeutige, nicht schwerwiegende Funktionsstörung im rechten Schultergürtel als Ausdruck einer muskulären Dysbalance mit adhärenter hypomobiler scapulothorakaler Gleitebene und einer typischen referred-pain-Symptomatik. Diese könne die angegebenen Beschwerden im rechten Arm jedoch nur zum Teil erklären. Die übrigen Beschwerden, insbesondere die Halbseitensymptomatik, seien rheumatologisch nicht erklärbar. Aus rheuma-orthopädischer Sicht seien auch die persistierenden Schmerzen im rechten Knie bei äusserst spärlichem klinischem und völlig normalem radiologischem Befund unklar. Zusammenfassend bestünden ein vorwiegend orthopädisches Vorfussproblem links, ein weichteilrheumatisches Problem im rechten Schultergürtel in Form eines typischen myofaszialen Schmerzsyndroms, ein unklares persistierendes Schmerzsyndrom des rechten Kniegelenks und eine schwer zu beschreibende Halbseitensymptomatik. Die Weichteilveränderungen im Schultergürtel entsprächen einem myofaszialen Schmerzsyndrom mit typischen Triggerpunkten und nicht einer eigentlichen Fibromyalgie mit Tender points. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den klinisch fassbaren Befunden bei durchwegs unauffälligen Röntgenbildern und dem Ausmass der geschilderten Einschränkungen; insbesondere bestehe keine Notwendigkeit für den Gebrauch von zwei Amerikanerstöcken. Wegen der Beschwerden im linken Vorfuss sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Lager ungünstig, für eine adaptierte wechselbelastende Tätigkeit bestehe eine weitgehend volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/131 S. 45 f.).

??????? Gegenüber der psychiatrischen Gutachterin äusserte sich die Beschwerdeführerin dahingehend, dass sie ausser an den multiplen körperlichen Beschwerden vor allem unter ihren Ohnmachtsanfällen und der anschliessenden Orientierungslosigkeit leide. Sie vertraue sich deshalb nicht mehr allein aus dem Haus, und die dadurch bedingte Abhängigkeit und Bewegungseinschränkung belaste sie zusätzlich. Bei der Befunderhebung zeigten sich ein etwas verlangsamter Gedankengang und allenfalls leichte Erinnerungslücken. Die Stimmung sei möglicherweise leicht zum depressiven Pol hin verschoben. In der Beurteilung kam die Gutachterin zum Schluss, dass der Leidensdruck in Anbetracht der ausgeprägten Symptomatik recht gering erscheine und durchaus die Züge einer "belle indifférence" aufweise. Eine psychotherapeutische Behandlung sei dringend angezeigt. Die

Arbeitsfähigkeit schätzte sie auf 50 % (Urk. 9/131 S. 36 ff.).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, nachdem sämtliche Abklärungen in neurologischer Hinsicht und in Bezug auf eine allfällige epileptogene Ursache einschliesslich Schädler-MRI und EEG-Ableitung keine Erklärung für die Bewusstseinsausfälle gebracht hätten, sei auf eine Konversionssymptomatik zu schliessen. Auch hinsichtlich des geschilderten Ausmasses der übrigen Beschwerden und der vorgebrachten dadurch bedingten Einschränkungen bestehe eine deutliche Diskrepanz zu den klinisch fassbaren Befunden und den durchwegs unauffälligen Röntgenbildern. Es liege eine schwere Somatisierungsstörung mit konversionsneurotischen Anteilen vor; die Arbeitsfähigkeit sei für eine den somatischen Einschränkungen angepasste Tätigkeit auf 50 % festzulegen (Urk. 9/131 S. 30 ff.).

4.1.2?? Gestützt auf die in Erwägung 3.1 zitierte Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 verneinte das Kantonsgericht des Kantons Jura im Urteil vom 12. April 2006 die Unüberwindbarkeit der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise ihrer Folgen, da die erforderlichen Kriterien nicht erfüllt seien, und schloss auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit der rein somatisch bedingten Beschränkung auf eine wechselbelastende, körperlich nicht anstrengende Tätigkeit. Nach Durchführung des Einkommensvergleichs resultierte ein Invaliditätsgrad von maximal 11 %, weshalb das Gericht einen Rentenanspruch verneinte (Urk. 9/145).

4.2????

4.2.1?? Im November liess die Beschwerdeführerin der IV-Stelle unter anderem ein Gutachten von Prof. Dr. med. B.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 18. September 2006 (Urk. 9/149/1-22) und einen Bericht des sie seit dem 1. April 2005 behandelnden Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Oktober 2006 (Urk. 9/149/29-33) einreichen. Prof. B.____ hielt unter "Diagnosen und Probleme" nebst den Beschwerden im linken Vorfuss den Verdacht auf postcommotionelle bilaterale occipitoparietale Kopfschmerzen mit einer eindeutigen cervikogenen und myofaszialen Komponente, begleitenden Benommenheitsmissempfindungen und vegetativem Dysregulationssyndrom und mehrmals wöchentlich auftretenden Bewusstseins Einschränkungen, eine symmetrische Segmentsbewegungsstörung des cervikothorakalen Übergangs mit zusätzlich unter Belastung auftretenden Schmerzen, einer vermuteten Blockierung der ersten Rippe und deutlich belastungsabhängig schmerzhaften myotendinotischen, betont aber auch myofaszialen Beschwerden im Schultergürtelbereich, eine Tendenz zur Generalisierung der myotendinotischen Befunde und Beschwerden sowie einen Status nach Traumatisierungen des rechten Kniegelenks fest. In der Beurteilung führte er aus, die Beschwerdeführerin sei derzeit nicht in der Lage, die Betreuung ihres am 20. Mai 2005 geborenen Kindes sowie den grösseren Teil des Haushaltes selbständig zu übernehmen. Sie werde täglich in nicht unerheblichem Masse von den Schwiegereltern unterstützt, welche auch einen Teil der Kinderbetreuung übernehmen würden. Es bestehe ohne Arbeitsbelastung als Mutter und Hausfrau eine deutlich reduzierte ausserhäusliche Arbeitsbelastbarkeit im Umfang von höchstens 40 % mit unvorhersehbar unregelmässig häufig sich einstellenden Fehltagen. Diese Arbeitseinschränkung basiere wesentlich auf den die Mobilität und die kognitiv-mental Leistungen beschränkenden chronischen Schmerzzuständen des linken Fusses und des Nacken-/Kopfbereichs, wobei die energiekonsumierenden Schmerzspitzen den Bewusstseinszustand über Minuten beträchtlich einzuschränken vermöchten (Urk.

9/149 S. 14).

Dr. C. ___ führte im Bericht vom 31. Oktober 2006 aus, im Vordergrund stünden die chronischen, andulierenden Kopfschmerzen mit intermittierend heftigsten Kopfschmerzattacken, meist verbunden mit Bewusstseinsstörungen. Die Anfälle seien begleitet von generalisierter Schwäche, Verspannung der Muskulatur im ganzen Körper, Schweißausbruch, Benommenheit bis hin zu dissoziativen Bewusstseinsstörungen. Während eines Anfalls sei die Beschwerdeführerin wach, habe aber keine Kontrolle über ihren Körper und könne nicht auf die Umwelt reagieren. Sie sei deswegen schon häufig gestürzt. Die Frequenz der Anfälle belaufe sich im Durchschnitt auf zwei pro Woche, sei jedoch sehr unterschiedlich. Es könnten zwei- bis dreimal täglich Anfälle auftreten oder auch (selten) anfallsfreie Intervalle von bis zu zwei Wochen vorkommen. Die Anfälle würden völlig unerwartet respektive mit kurzen auraähnlichen Prodromi (Schwerhörigkeit, Sehstörungen, verwaschene Sprache und inkohärentes Denken) auftreten. Nach einem Anfall fühle sie sich müde und erschöpft, die Muskulatur im ganzen Körper sei schmerzhaft, als hätte sie tagelang schwere Arbeit geleistet. Sie sei nicht in der Lage aufzustehen oder zu gehen (Urk. 9/149 S. 31 f.). Im September 2005 sei eine dreiwöchige stationäre Abklärung im D. ___ zum Ausschluss einer Epilepsie erfolgt, wo wiederholt Anfälle per Video hätten aufgenommen werden können. Im EEG hätten jedoch keine Epilepsie-spezifischen Potenziale beobachtet werden können (Urk. 9/149 S. 30). Dr. C. ___ kam zum Schluss, die Bewusstseinsverluste passten am ehesten in das Bild von Dissoziationen. Gemäss ICD-10 Diagnostik handle es sich am wahrscheinlichsten um eine komplexe Somatisierungs- und dissoziative Störung mit Anteilen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie um eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) und eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.6). Es bestünden keinerlei Anzeichen für eine Simulation, eine Aggravation oder ein hysteriformes Verhalten. Eine Erwerbslosigkeit sei der Beschwerdeführerin derzeit aus psychiatrischer Sicht nicht zumutbar (Urk. 9/149 S. 33).

4.2.2?? Im Dezember 2007 wurde die Beschwerdeführerin in der Neurologie der E. ___ nochmals neurologisch untersucht. Im Bericht vom 11. Dezember 2007 (Urk. 9/186/1-4) wurden die Diagnosen eines chronischen Kopfschmerzsyndroms mit durchschnittlich zweimal pro Woche auftretenden attackenartigen Exazerbationen, intermittierend begleitet von Bewusstseinsverlust und neuropsychologischen Störungen, bei Ausschluss einer epileptischen Genese differentialdiagnostisch als Konversionsstörung beurteilt, von subjektiv multimodalen Sensibilitätsstörungen der rechten Körperhälfte (DD dissoziative Störung) und eines komplexen Schmerzsyndroms mit/bei einem spondylogenen Syndrom am cerviko-thorakalen Übergang, einem generalisiertem myofaszialen Schmerzsyndrom des rechten Hemikörpers, einer Fibromyalgie, rechtsseitigen Knieschmerzen und einer Vorfus deformität links erhoben. Die neurologische Untersuchung zeigte eine leichte psychomotorische Verlangsamung, eine leichte Verminderung der Sensibilität an der rechten Gesichtshälfte und der gesamten rechten Körperseite sowie eine leichte Beweglichkeitseinschränkung im Bereich der Halswirbelsäule. Wegen der Sensibilitätsverminderung schlugen die Ärzte eine elektrophysiologische Untersuchung vor, die am 31. Januar 2008 stattfand und keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Pyramidenbahn- beziehungsweise einer Hirnstrangaffektion ergab (Urk. 9/186/5-6). Auch das am 14. Februar 2008 erneut durchgeführte MRI des Gehirns zeigte einen normalen Befund, weshalb der untersuchende Neurologe Dr. med. F. ___ im gleichentags erstellten

Bericht der Auffassung der früheren Ärzte, bei den rechtsseitigen Sensibilitätsstörungen handle es sich um dissoziative Störungen zustimmte (Urk. 9/186/8-9).

???????? Ebenso diagnostizierte Dr. med. G.____, Fachärztin für Innere Medizin, im Bericht vom 8. April 2008 unter anderem ein funktionelles Hemisyndrom rechts und psychogene (nicht epileptogene) Anfälle, attestierte der Beschwerdeführerin indes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Juni 1997 (Urk. 9/185/7). Auch Dr. H.____, Facharzt für innere Medizin und Rheumatologie, schloss im Bericht vom 1. Mai 2008 bei im Wesentlichen unveränderten Diagnosen auf eine nur im Umfang von 25 % im geschützten Rahmen verwertbare Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/191/5).

???????? Am 20. Juni 2008 berichtete Dr. C.____, dass die Beschwerdeführerin trotz starker Schmerzmedikation zum Teil mit Opiaten eine Progredienz der Schmerzen schildere. Seit November 2007 bestehe subjektiv eine deutliche Verschlechterung des Schmerzempfindens, verbunden mit völliger Einengung auf das Schmerzerleben und vermehrtem Auftreten der dissoziativen Phänomene. Parallel dazu habe sich ein depressives Syndrom mit Niedergeschlagenheit, gedrückter Stimmung und Affektlabilität entwickelt. Die in früheren Berichten aufgeführte "belle indifférence" sei einem deutlich spürbaren Leidensdruck gewichen. Die Beschwerdeführerin klagte über chronische generalisierte Schmerzen insbesondere im linken Fuss und im lumbalen und cervikalen Rückenbereich, zudem über chronische occipitoparietale Kopfschmerzen mit intermittierend auftretenden Schmerzattacken. Die Ohnmachtsanfälle mit vegetativen Symptomen, körperlichem Schwächezustand, Bewusstseinsstörung und dissoziativen Phänomenen traten etwa dreimal pro Woche auf, nach einem solchen Anfall fühle sich die Beschwerdeführerin bis zu vier Tage lang völlig erschöpft. Wegen der Sensibilitätsstörungen an der rechten Körperhälfte verletze sie sich ständig und benutze nach wie vor einen Gehstock, manchmal auch zwei Gehstöcke. Eine Arbeitsfähigkeit als Büroangestellte bestehe seit November 2000 nicht (Urk. 40/8/195).

4.2.3?? Im Bericht vom 30. Juni 2008 attestierte Dr. med. J.____ vom Zentrum für Fusschirurgie der E.____ der Beschwerdeführerin aufgrund der Schmerzsymptomatik im linken Fuss, der Cerviko-Cephalgie und der schweren Somatisierungsstörung ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit August 2007 (Urk. 40/8/196/7).

???????? Am 5. Dezember 2008 wurde die Beschwerdeführerin zur neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchung der Schmerzen im linken Fuss erneut in der Neurologie der E.____ abgeklärt. In der Beurteilung hielt Dr. F.____ fest, die linksseitigen Fusschmerzen würden wahrscheinlich eine neuropathische Komponente aufweisen. Klinisch finde sich ein positives Tinelzeichen beim Beklopfen des Nervus tibialis retromalleolar; darüber hinaus bestehe eine fusssohlenbetonte Schmerz- und Berührungsempfindlichkeit. Elektrophysiologisch seien die Befunde mit einer Kompressionsneuropathie des Nervus tibialis vereinbar, auch wenn wegen der Teilamputation der ersten und zweiten Zehe die Beurteilung eingeschränkt sei. Als Therapie empfehle er nebst der Erhaltung beziehungsweise eines Wechsels der Medikation eine Infiltration mit Steroiden (Urk. 40/8/213/8-11).

4.3???? Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Beschwerdeführerin im März 2009 durch das A.____ internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch, rheumatologisch und neurologisch abgeklärt (Gutachten vom 13. Juni 2009; Urk. 40/8/215). In der psychiatrischen Anamneseerhebung gab die Beschwerdeführerin zum Tagesverlauf und zu ihren Aktivitäten

an, sie kümmere sich tagsüber um das Kind, spiele mit ihm, lese ihm Geschichten vor und begleite es auf den Spielplatz, selten auch in die Spielgruppe, die es zweimal wöchentlich besuche. Bei starken Schmerzen lege sie sich hin, das Kind beschäfte sich dann selber. Leichtere Haushaltarbeiten und die täglichen kleinen Einkäufe erledige sie, schwere Arbeiten würden von Verwandten übernommen. Sie gehe regelmässig zusammen mit ihrem Mann schwimmen, was ihr gut tue. An den Wochenenden besuchten sie zusammen mit dem Kind den Flughafen oder ein Restaurant in der Nähe des Bahnhofs, damit das Kind den Flugzeugen beziehungsweise den Zügen zuschauen könne. Zudem hätten sie regelmässig Kontakt mit Freunden und Verwandten, sie habe auch immer noch Kontakt mit Freunden aus dem Jura. Zu ihrem Gesundheitszustand befragt, meinte sie, sie habe wenig Hoffnung, dass sich ihr Zustand ändere. Manchmal sei ihr das Leben etwas verleidet, sie lebe für ihren Sohn, der ihr sehr wichtig sei. Suizidabsichten habe sie nicht.

??????? In der psychiatrischen Untersuchung war eine herabgesetzte, leicht depressive Stimmung erkennbar. Einschränkungen von Bewusstsein, Auffassungsgabe, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Beziehungsfähigkeit oder Affektsteuerung zeigten sich nicht. Beim Denken standen depressive Gedanken im Vordergrund.

??????? Der psychiatrische Gutachter kam in seiner Beurteilung zum Schluss, das Ausmass der geklagten Beschwerden, die Gefühlsstörungen und die subjektive Krankheitsüberzeugung könnten durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung anzunehmen sei. Die Beschwerdeführerin ziehe aus ihren Symptomen zudem einen hohen sekundären Krankheitsgewinn. Die Ohnmachtsanfälle traten etwa viermal im Monat und praktisch nur dann auf, wenn sie in Begleitung ihres Ehemannes oder der Schwiegereltern sei. Diese Anfälle seien im Rahmen der Somatisierungsstörung zu sehen; es sei kein Konflikt eruierbar, der zu einer Konversionsstörung hätte führen können. Mit den Anfällen verdeutliche die Beschwerdeführerin gegenüber ihrer Umwelt, dass sie nicht arbeitsfähig sei. Die leichte depressive Verstimmung sei ebenfalls im Rahmen der Somatisierungsstörung zu sehen, eine eigentliche depressive Störung liege nicht vor. Bei der Diagnose einer Somatisierungsstörung bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

??????? Bei der rheumatologischen Untersuchung zeigten sich nebst den belastungsabhängigen Beschwerden im linken Vorfuss und im rechten Knie ein cervikospodylogenes Schmerzsyndrom mit Cervikocephalgien bei Dysbalance der Schultergürtelmuskulatur, ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei myostatischer Insuffizienz sowie ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit Ganzkörperschmerzen mit Betonung der rechten Körperhälfte und vegetativer Begleitsymptomatik. Hinsichtlich der Schmerzen in der Halswirbelsäule führte der Gutachter aus, er habe eine deutliche Diskrepanz zwischen den aktiv demonstrierten Einschränkungen und den unbewussten Bewegungen in unbeobachteten Momenten festgestellt. Bei der Prüfung der thorakolumbo-spondylogenen Einschränkungen seien die Waddellzeichen positiv gewesen. Ebenso hätten sich die fibromyalgietyrischen Tenderpoints als druckdolent erwiesen; da jedoch auch an willkürlich gewählten Muskel- und Sehnenansätzen Druckschmerzen angegeben worden seien, liege nach den einschlägigen Kriterien keine Fibromyalgie vor. Im Weiteren stellte er eine allgemeine Hypermobilität mit Überstreckbarkeit der Gelenke und allgemeiner Bindegewebeschwäche fest, was sowohl im Wirbelsäulenbereich als auch im Bereich der peripheren Gelenke zu

Überlastungserscheinungen führen könne. Zusammenfassend hielt er fest, für die geltend gemachten Schmerzen und Funktionseinschränkungen finde sich nur zu einem kleinen Teil ein morphologisches Korrelat, aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, gelegentlich aufzustehen und herumzugehen, uneingeschränkt arbeitsfähig, die im Rahmen der gewohnten Umschulung abgebrochene Tätigkeit im kaufmännischen Bereich wäre ideal.

??????? In der neurologischen Anamneseerhebung gab die Beschwerdeführerin als Hauptproblem die Schmerzen im linken Bein an. Zudem leide sie unter starken Kopf-, Nacken- und lumbalen Rückenschmerzen sowie an Bewusstseinsstörungen, die zweimal pro Monat bis zweimal pro Woche auftraten. Körperliche Anstrengungen würden die Schmerzen verstärken und zu einer allgemeinen Erschöpfung führen. In Haushalt könne sie in guten Phasen leichtere Reinigungsarbeiten und Einkäufe erledigen; in schlechten Phasen sei sie jedoch stark eingeschränkt, weshalb sie auf die Hilfe durch Verwandte angewiesen sei. Die angegebenen Kopfschmerzen interpretierte der Neurologe als chronische Spannungskopfschmerzen und hielt fest, dass die früher beschriebenen migräniformen Exazerbationen nicht mehr angegeben worden seien. Wie der Rheumatologe stellte er fest, dass die demonstrierten Einschränkungen der Halswirbelsäulenbeweglichkeit unter Ablenkung nicht zu beobachten gewesen seien. Objektivierbare klinische Zeichen für die Verminderung der Berührungs- und Schmerzempfindung auf der rechten Körperseite fand er ebenfalls nicht, so dass er unter Hinweis auf die früheren neurologischen Abklärungen in der E.____ auf eine funktionelle Störung schloss. Im linken Fuss beständen - trotz gewisser Inkonsistenzen - Anhaltspunkte für das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms. Zu den Ohnmachtsanfällen verwies der Gutachter auf die eingehenden Abklärungen im D.____, die keinen Hinweis auf das Vorliegen einer Epilepsie ergeben hatten (Urk. 8/215/48 ff. im Prozess Nr. IV.2009.01199), und beurteilte sie mangels somatischer Ursachen als eine funktionelle Störung. Aufgrund der chronischen Spannungskopfschmerzen und der Beschwerden im linken Fuss setzte er die Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten ohne längere Belastung des linken Fusses auf 80 % fest.

??????? Zusammenfassend wurden im Gutachten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit belastungsabhängige Vorfussbeschwerden links, chronische Spannungskopfschmerzen und ein neuropathisches Schmerzsyndrom im linken Fuss festgehalten. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden rezidivierende Episoden mit Bewusstseinsstörungen funktioneller Ursache, eine Somatisierungsstörung, ein Belastungsdefizit im rechten Knie unklarer Ätiologie, ein chronisches cervikospondylogenes Schmerzsyndrom, ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ein generalisiertes multilokulares Schmerzsyndrom sowie eine Hypermobilität aufgeführt. Die Arbeitsfähigkeit wurde für körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten auf 80 % festgesetzt, wobei die Gutachter den Beginn der 20%igen neurologisch bedingten Einschränkung mangels anderweitiger neurologischer Berichte auf den Zeitpunkt der Begutachtung festlegten.

4.4???? Mit Eingabe vom 23. August 2009 nahm Dr. H.____ Stellung zum Gutachten des A.____ und rügte, die Diagnose einer Fibromyalgie sei zu Unrecht verneint worden (Urk. 40/8/226). Ferner liess die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren gegen die Rentenverfugung ein Gutachten von Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Dezember 2009 einreichen (Urk. 40/3/5). Dr. I.____ beschrieb die Grundstimmung der Beschwerdeführerin als ausgeglichen, nachgerade "auffällig

unauffällig" aufgeführt, wobei jedoch unter der Oberfläche eine Fülle problematischer unbewusster Affekte mit eindrücklicher emotionaler Auslenkbarkeit zu Tage trete. Die kognitiven Funktionen imponierten objektiv überwiegend recht gut, wohingegen die Beschwerdeführerin subjektiv verschiedentlich über Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten geklagt habe; einzig eine zeitweilige Verlangsamung des Denkens und der Mitteilungsweise habe beobachtet werden können. Die Exploration hinsichtlich prägender Entwicklungsbelastungen habe insbesondere eine seit der Adoleszenz bestehende Scham wegen der Deformation der Zehen am linken Fuss ergeben. Ferner habe die Beschwerdeführerin von früher Kindheit an zumindest in subklinischem Ausmass hyperkinetische Tendenzen, eine ängstliche Disposition mit zeitweiligen Alpträumen nach schmerzlichen Erlebnissen, soziale Expositionsängste, eine Erythrophobie, eine innerhalb des Normspektrums eher ausgeprägte Anhänglichkeit mit Abhängigkeitstendenzen gezeigt. Diese Problemfaktoren seien zwar nicht mit dem erforderlichen Wahrscheinlichkeitsgrad einer krankheitswertigen Kategorie zuzuordnen, sie bildeten indes eine wesentliche Veranlagung, die durch die in der Folge aufgetretenen Belastungsfaktoren pathogen mitwirksam geworden sei. Damit sei so gut wie ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin ihre subjektiv schwerwiegenden Schmerzsymptome überzeichne oder gar simuliere.

??????? Als Diagnosen führte Dr. I. ___ eine somatoforme Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren als auch medizinischen Krankheitsfaktoren (DSM-IV 307.89; ICD-10 F45.42), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), eine kombinierte dissoziative Störung (ICD-10 F44.7) mit dissoziativen Sensibilitätsstörungen (F44.6) und episodischem Stupor (F44.2) sowie andauernde Persönlichkeitsveränderungen bei unter anderem chronischem Schmerzsyndrom und multiplen Demütigungserfahrungen (ICD-10 F62.8) auf. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die Schmerzen, die anfallartigen Bewusstseinsausnahmezustände, die weiteren Beschwerden und die psychischen Sekundärstörungen eingeschränkt, wobei insbesondere die Fähigkeiten, regelmässig am Arbeitsplatz zu erscheinen, Instruktionen entgegenzunehmen und umzusetzen, über lange Zeit mit der erforderlichen Konzentriertheit und kräftemässigen Ausdauer präsent zu bleiben und in der Arbeitswelt übliche Konflikte auszutragen und zu ertragen, beeinträchtigt seien. Dementsprechend attestierte er der Beschwerdeführerin eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % unter idealsten Voraussetzungen, beispielsweise in Heimarbeit, wo sie Übersetzungen machen oder Nachhilfestunden für spanisch sprechende Kinder erteilen könnte.

E. 5

5.1???? Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, auf das Gutachten des A. ___ könne schon deshalb nicht abgestellt werden, weil das A. ___ von der IV-Stelle regelmässig Gutachtaufträge erhalte und deshalb nicht mehr als unabhängige Institution gelten könne, ist auf den inzwischen ergangenen BGE 137 V 210 hinzuweisen, in welchem Entscheid das Bundesgericht die Medizinischen Abklärungsstellen der Invalidenversicherung als verfassungskonform und der Europäischen Menschenrechtskonvention entsprechend qualifiziert hat.

??????? Da das Gutachten des A. ___ vom 13. Juni 2009 auch die übrigen rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien, wonach ein Arztbericht für die streitigen Belange umfassend sein, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden

sein, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und begründete Schlussfolgerungen enthalten muss (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a), erfüllt, kann - mit den nachfolgend aufgeführten Einschränkungen - darauf abgestellt werden.

???????? Antragsgemäss (Urk. 40/1) ist auch das Gutachten von Dr. I. ___ vom 7. Dezember 2009, obwohl es nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. November 2009 erging, in die Beurteilung einzubeziehen, soweit es etwas zur Feststellung des rechtlich massgebenden Sachverhalts beizutragen vermag (RKUV 1985 Nr. K 646 S. 239 E. 3b = ZAK 1986 S. 190 E. 3b; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 194).

5.2???? Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin im Bereich des linken Vorfusses aufgrund der angeborenen Deformität und der verschiedenen unfallbedingten Operationen an schmerzhaften Bewegungseinschränkungen leidet. Zudem hielt Dr. F. ___ von der E. ___ im Dezember 2008 eine neuropathische Komponente der Schmerzen für wahrscheinlich (Urk. 40/8/213/8-11), nachdem die Beschwerdeführerin bereits im Juni 2008 gegenüber Dr. J. ___ über elektrisierende Schmerzen geklagt hatte (Bericht von Dr. J. ___ vom 30. Juni 2008; Urk. 40/8/196/25). Im Gutachten des A. ___ wurde ebenfalls ein neuropathisches Schmerzsyndrom festgestellt und auf eine daraus resultierende, objektiv begründbare Teilarbeitsunfähigkeit geschlossen (Urk. 40/8/215). Die Gutachter des A. ___ erachteten auch die chronischen Spannungskopfschmerzen als somatisch begründet, und schätzten die sich aus den Beschwerden im linken Fuss und den Kopfschmerzen ergebende Arbeitsunfähigkeit auf 20 %.

???????? Soweit unter Hinweis auf den Bericht von Dr. J. ___ vom 30. Juni 2008 (Urk. 40/8/196/7) vorgebracht wird, aufgrund der neuropathischen Schmerzen bestehe eine 100%ige Einschränkung, ist festzuhalten, dass Dr. J. ___ seine Einschätzung nicht nur auf die Schmerzen im linken Fuss, sondern auch auf die psychogenen Anfälle und die Somatisierungstörung stützte, auf die nachfolgend einzugehen sein wird.

???????? Eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, bedingt durch die Beeinträchtigungen im linken Fuss und die Spannungskopfschmerzen, erscheint plausibel, und die IV-Stelle übernahm diese Beurteilung zu Recht. Hinsichtlich des Zeitpunkts der neuropathisch bedingten Einschränkungen ist jedoch nicht auf die Ausführungen im Gutachten des A. ___ abzustellen, da den Gutachtern der Bericht von Dr. F. ___ vom Dezember 2008 offenbar nicht bekannt war, und sie deshalb keine zeitlich genaue Beurteilung abgeben konnten. Da die Beschwerdeführerin im Juni 2008 gegenüber Dr. J. ___ erstmals über elektrisierende Schmerzen klagte (Urk. 40/8/196/25), ist ab diesem Zeitpunkt von einem neuropathischen Schmerzsyndrom und einer dadurch bedingten Einschränkung von 20 % auszugehen.

5.3????

5.3.1?? Nach übereinstimmender Auffassung sämtlicher behandelnder und begutachtender Ärzte liegt für die übrigen multiplen Beschwerden und die regelmässig auftretenden Ohnmachtsanfälle kein somatisches Korrelat vor. Dies wird von der Beschwerdeführerin nach den eingehenden Abklärungen denn auch nicht geltend gemacht.

???????? Die gestellten Diagnosen lauten unterschiedlich auf Fibromyalgie, auf eine schwere Somatisierungstörung mit konversionsneurotischen Anteilen und auf dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörungen. Wie in Erwägung 3.1 ausgeführt, wendet das Bundesgericht die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze auch

auf die Fibromyalgie und die dissoziatischen Sensibilitäts-, Empfindungs- und Bewegungstörungen an, so dass offenbleiben kann, welche Diagnosen letztlich zutreffen.

???????? Eine dadurch bedingte invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Erwerbsfähigkeit kann daher nur vorliegen, wenn die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien erfüllt sind. Daran vermögen weder die Ausführungen im Gutachten von Dr. I.____ noch die von der Beschwerdeführerin erhobene Kritik etwas zu ändern.

5.3.2?? Eine psychische Komorbidität im Sinne eines nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen einzuordnenden massgeblichen psychischen Gesundheitsschadens liegt nicht vor. Zwar diagnostizierte Dr. I.____ eine andauernde Persönlichkeitsveränderung gemäss ICD-10 F62.8, er führte indes selber aus, dass den psychischen Faktoren kein Krankheitswert zukomme, und die von ihm geschilderten psychischen Eigenheiten der Beschwerdeführerin, wie hyperkinetische Tendenzen, Expositionängste und Abhängigkeitstendenzen, erwecken denn auch nicht den Eindruck eines krankhaften psychischen Zustands. Insbesondere aber ist seiner Auffassung, dass sich aus dem diagnostizierten Nebeneinander der somatoformen Schmerzstörung, der Somatisierungsstörung und der kombinierten dissoziativen Störung eine Komorbidität im Sinne der Rechtsprechung ergebe, nicht zuzustimmen.

???????? Die Kriterien der chronischen körperlichen Begleiterkrankung und des mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs ohne Rückbildung der Symptomatik sind aufgrund der Beschwerden im linken Fuss bei der angeborenen Deformität, der Amputation der zweiten Zehe, der 1990 erlittenen Unfallverletzung, der nachfolgenden zahlreichen Operationen und der schliesslich aufgetretenen neuropathischen Schmerzen zu bejahen.

???????? Hingegen liegt entgegen der Auffassung von Dr. I.____ kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor. In der psychiatrischen Anamneseerhebung anlässlich der Begutachtung durch das A.____ berichtete die Beschwerdeführerin über ihre verwandtschaftlichen und freundschaftlichen Kontakte und über die Freizeitaktivitäten zusammen mit der Familie. Ihre Schilderungen lassen auf einen guten Kontakt insbesondere zu den Schwiegereltern, auf einen angemessenen Freundeskreis und auf eine ausgewogene Freizeitgestaltung vor allem zusammen mit ihrem Ehemann oder mit der ganzen Familie schliessen.

???????? Ein primärer Krankheitsgewinn wurde im Gutachten des A.____ verneint; es wurde gegenteils auf einen erheblichen sekundären Krankheitsgewinn hingewiesen. Demgegenüber bejahte Dr. I.____ den primären Krankheitsgewinn, indem er ausführte, die inneren Nöte und Konflikte hätten in Verbindung mit der anfälligen Konstitution zu einer abnormen Verarbeitung und Bewältigung der Beschwerden und gleichzeitig zu einer Entlastung von den ursprünglichen Konflikten geführt. In Anbetracht seiner diesbezüglichen Schilderungen, wonach die Beschwerdeführerin sich wegen ihres deformierten Fusses schäme, so dass sie auch im Schwimmbad Badeschuhe trage, und in der Adoleszenz unter einer schüchternen Verslossenheit gelitten habe, erscheint diese Schlussfolgerung indes schwer nachvollziehbar. Die ebenfalls beschriebene Wut auf die behandelnden Ärzte, die ihr nicht helfen könnten und sie teilweise verdächtigt hätten, etwas vorzuspielen oder zu inszenieren, beschlögte den Zeitraum, in dem bereits eine somatoforme Schmerzstörung oder eine analoge Krankheit vorlag, so dass sich daraus kein primärer Krankheitsgewinn im Sinne einer Flucht in die Krankheit ableiten lässt. Dieses Kriterium ist daher ebenfalls zu verneinen.

???????? Das Gleiche gilt für das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten Behandlung, auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz, trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Zwar befindet sich die Beschwerdeführerin seit April 2005 in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. C.____ (vgl. Urk. 9/149/29). Bei einer Behandlungsfrequenz von einer Sitzung alle drei bis vier Wochen kann indes nicht von einer konsequent durchgeführten Behandlung gesprochen werden, und dafür, dass unterschiedliche therapeutische Ansätze ausprobiert worden wären, bestehen in den Akten keine Anhaltspunkte.

???????? Damit sind lediglich zwei der fünf massgeblichen Kriterien erfüllt. Obwohl den Beschwerden im linken Fuss und den zahlreichen durchgemachten Operationen durchaus eine Signifikanz zukommt, können sie nicht als so ausgeprägt beurteilt werden, dass allein deshalb die Voraussetzungen für eine zumutbare Willenanstrengung zur Überwindbarkeit der Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise einer analogen Krankheit zu verneinen wären.

???????? Die IV-Stelle hat für die Invaliditätsbemessung deshalb zu Recht nur auf die im Gutachten des A.____ aufgrund der Fussbeschwerden und der Spannungskopfschmerzen attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgestellt und ist richtigerweise von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, überwiegend im Sitzen auszubehaltenden Tätigkeit ausgegangen. Ebenfalls zu Recht hat sie die Beschwerdeführerin trotz ihrer Aufgaben als Hausfrau und Mutter als Vollerwerbstätige qualifiziert, was der Aussage der Beschwerdeführerin bei der Begutachtung durch das A.____ entspricht und von ihr im Beschwerdeverfahren unbestritten blieb.

???????? Wie oben in Erwägung 5.2 ausgeführt, machten sich die neuropathischen Schmerzen im linken Fuss aktenkundig erstmals im Juni 2008 bemerkbar, weshalb ab diesem Zeitpunkt von einer gesundheitlichen Verschlechterung und von einer 20%igen Einschränkung auszugehen ist.

E. 6

6.1???? Für die Festsetzung des Valideneinkommens stellte die IV-Stelle auf die Tabellenreihe gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ab und ging vom Zentralwert der Frauenreihe für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) aus (Urk. 40/8/217). Wie die Beschwerdeführerin indes zu Recht vorbringt, brach sie ihre Lehre als Hochbauzeichnerin nach dem 1994 erlittenen Unfall aus gesundheitlichen Gründen ab. Da die Beschwerdeführerin bis dahin drei von vier Lehrjahren absolviert hatte, ist ihr darin zuzustimmen, dass für das Valideneinkommen auf das als Hochbauzeichnerin erzielbare Einkommen abzustellen ist. Gemäss der rechtsprechungsgemäss anwendbaren Tabellengruppe A der LSE 2008 (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis) betrug der durchschnittliche, auf 40 Wochenstunden standardisierte Bruttomonatslohn der Frauen in der Kategorie 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt) im Baugewerbe Fr. 5'143.--. Umgerechnet auf die 2008 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 4-2012 S. 94 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a) resultiert ein Monatslohn von Fr. 5'349.-- und ein massgebliches Jahressalär von Fr. 64'188.--. Von diesem Valideneinkommen ist auszugehen.

6.2???? Die Beschwerdeführerin brach auch die von der Invalidenversicherung gewährte Umschulung zur B?roangestellten aus gesundheitlichen Gr?nden ab und verfu?gt somit ?ber keinen Berufsabschluss. F?r die Bestimmung des Invalideneinkommens ist deshalb auf die Kategorie 4 (einfache und repetitive T?tigkeiten) der Tabelle TA1 des LSE 2008 abzustellen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist jedoch das Total der von den Frauen in dieser Kategorie erzielten L?hne heranzuziehen, da ihr aufgrund der Beeintr?chtigungen im linken Fuss s?mtliche k?rperlich leichten, vorwiegend im Sitzen auszu?benden T?tigkeiten zumutbar sind. 2008 belief sich der Monatsbruttolohn der Frauen auf Fr. 4'116.--, was umgerechnet auf die durchschnittliche Arbeitszeit von 41,6 Wochenstunden einen Monatslohn von Fr. 4'281.-- und einen Jahreslohn von Fr. 51'368.-- ergibt. Reduziert auf ein 80%iges Pensum ist von einem Jahreslohn von Fr. 41'094.-- auszugehen.

???????? Wie die IV-Stelle in der Beschwerdeantwort (Urk. 40/7) zutreffend ausfu?hrte, rechtfertigt sich angesichts der nicht sehr massgeblichen Einschr?nkungen durch die Beschwerden im linken Fuss und die Spannungskopfschmerzen der maximale leidensbedingte Abzug von 25 % nicht. Vielmehr ist ein Abzug von 10 % gerechtfertigt, woraus sich ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 36'985.-- und damit ein Invalidit?tsgrad von 43 % ergibt.

???????? Es steht ausser Zweifel, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren in der angestammten T?tigkeit als Lagermitarbeiterin vollst?ndig arbeitsunf?hig ist, so dass die Wartezeit gem?ss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im Juni 2008, als sich der Gesundheitszustand durch die neuropathischen Schmerzen verschlechterte, l?ngst abgelaufen war. Damit steht der Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2008 eine Viertelsrente zu, was zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde gegen die Rentenverfu?gung vom 13. November 2009 fu?hrt.

7.?????

7.1???? Hinsichtlich der Hilflosenentsch?digung begr?ndete die IV-Stelle die leistungsverweigernde Verfu?gung vom 22. Januar 2008 (Urk. 2) damit, dass die Beschwerdeführerin in nur einer allt?glichen Lebensverrichtung, und zwar bei der K?rperpflege, auf regelm?ssige und erhebliche Dritthilfe angewiesen sei.

???????? Demgegen?ber macht die Beschwerdeführerin geltend, sie sei in ihrem Zustand nicht in der Lage, alleine zu leben. Insbesondere wegen der Ohnmachtsanf?lle sei sie auf ?berwachung und auf Begleitung von Drittpersonen zu den ?rztlichen Behandlungen angewiesen.

7.2???? Wie oben ausgefu?hrt, sind die Ohnmachtsanf?lle einer somatoformen Schmerzst?rung oder einem ?hnlichen Krankheitsbild zuzuordnen und gelten invalidenversicherungsrechtlich als ?berwindbar. Es kann ihnen deshalb auch im Hinblick auf die Hilflosenentsch?digung keine anspruchsrelevante Bedeutung zukommen. Damit bleibt es bei der von der IV-Stelle ermittelten und anerkannten Dritthilfe im Bereich der K?rperpflege, was f?r die Zusprechung einer leichten Hilflosenentsch?digung nicht ausreicht.

???????? Die Beschwerde gegen die Verfu?gung vom 22. Januar 2008 ist daher abzuweisen.

8.????? Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabh?ngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1

bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Angesichts des nur sehr geringen teilweisen Obsiegens der Beschwerdeführerin hat sie die Verfahrenskosten im vollen Umfang zu übernehmen.

???????? Aus dem gleichen Grund steht ihr keine Prozessentschädigung zu.

Das Gericht beschliesst:

1.???????? Der Prozess Nr. IV.2009.01199 wird mit dem vorliegenden Prozess vereinigt und als dadurch erledigt abgeschrieben;

und erkennt:

1.???????? Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Januar 2008 wird abgewiesen.

2.???????? In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 13. November 2009 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2008 Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

3.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

4.???????? Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.

5.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Philip Stolkin
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

6.???????? 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.