

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00595 vom 7. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00595

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00595 du 7 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00595 del 7 marzo 2010

Erwägungen

E. 2

2.1 Es ist - nunmehr - unbestritten, dass die Beschwerdeführerin als teilerwerbstarbige Hausfrau (mit einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 73 % und einem Anteil der Haushaltstätigkeit von 27 %) einzustufen und die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode vorzunehmen ist (vgl. Erwägung 1.3.2). Strittig und zu präzisieren ist jedoch das Ausmass ihrer Einschränkung in der Erwerbstätigkeit und im Haushalt.

2.2 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, laut dem MEDAS-Gutachten leide die Beschwerdeführerin unter einem chronischen cervico-cephalen und cervicospondylogenen Schmerzsyndrom, einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom sowie unter einer leichten depressiven Episode. Insgesamt könne eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 % in der bisherigen Tätigkeit, bezogen auf ein Pensum von 100 %, festgestellt werden. In adaptierten Tätigkeiten betrage die Arbeitsunfähigkeit insgesamt 20 %. Mit einem Pensum von 73 % könne die Beschwerdeführerin ohne Behinderung ein Einkommen von Fr. 42'185.-- und mit Behinderung von Fr. 33'032.60 erzielen, was einer Einschränkung von 21,7 % entspreche. Im Haushaltbereich sei von einer Einschränkung von 16,5 % auszugehen. Der Gesamtinvaliditätsgrad belaufe sich auf 20,29 % (Urk. 2).

2.3 Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, das K.____-Gutachten vom 19. November 2007 weise massive Widersprüche und Mängel auf, welche aktenkundig belegt seien, sodass dessen Unzuverlässigkeit augenfällig sei (Urk. 1 Seite 4). Der Wertung durch das K.____ ständen die Beurteilungen der behandelnden Ärzte und Kliniken entgegen, welche aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und aus psychischer Sicht eine solche von 60 % festgestellt hätten (Urk. 1 Seite 6). Für den Haushaltbereich (Anteil 27 %) sei von einer Einschränkung vom 45,5 % auszugehen. Ihr IV-Grad sei deshalb auf 85 % zu erhöhen (Urk. 1 Seite 13 unter Verweis auf Urk. 9/19 Seite 5).

E. 3

3.1 Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin seit Dezember 2003 rechtsseitige Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm bestehen (Urk. 9/5/4). Ein am 7. Januar 2004 im MR-Zentrum L.____ durchgeführtes MRI der Halswirbelsäule zeigte eine Fehlhaltung, eine fortgeschrittene degenerative Diskopathie C6/C7 mit Chondrose, geringgradiger Protrusion, Spondylose und insbesondere einer rechtsbetonten Unkarthrose mit rechtsseitiger foraminärer Stenosierung und anzunehmender Beeinträchtigung des rechten 6. Spinalnervs (Urk. 9/5/25). Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Z.____, bei welchem sie seit Dezember 2003 in

Diagnosen wie in seinem Bericht vom 8./9. Mai 2005 aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit dem 16. März 2006 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Sie könne auch die körperlich leichte Arbeit bei der P.____ nicht mehr verrichten (Urk. 9/31).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner - ebenfalls von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten - Stellungnahme vom 17. Februar 2008 zum K.____-Gutachten vom 19. November 2007 hielt Z.____ fest, aufgrund eines Zusammenbruches der Beschwerdeführerin in Zusammenhang mit einer fehlenden Belastungstoleranz habe ab dem 21. März 2006 die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen. Ein Arbeitsversuch von 15 % (zweimal pro Woche 3 Stunden) ab dem 30. Mai 2006 sei bereits nach einer Woche gescheitert, so dass seit dem 7. Juni 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, schlussendlich vor allem aus psychischen Gründen. Aus rein rheumatologischer Sicht liege aus seiner Sicht eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 9/56).

3.2.2.Ä Ä Die Ärzte der Rheumaklinik des Spitals I.____ erhoben in ihrem Bericht an Z.____ vom 29. November 2006 (1) ein chronisches zervikozephalales und spondylogenes Syndrom rechts (Differentialdiagnose: intermittierende radikuläre Reizsymptomatik am ehesten C7 rechts bei Foraminalstenosen C5-7 rechts) bei/mit Fehllhaltung, degenerativen Veränderungen (Osteochondrose C6/7) und Status nach diversen Behandlungsversuchen mittels interventioneller Schmerztherapie, (2) ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei/mit degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (MRI vom 18. November 2004 und 5. Oktober 2005) und Zustand nach interventionellen Therapieversuchen, (3) eine Fibromyalgie-Tendenz sowie einen Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung und reaktive Depression. Die nochmalige Abklärung der Halswirbelsäule mittels MRI habe - vergleichbar mit den Aufnahmen vom Januar 2004 - eine deutliche Bandscheibenverschmälerung C6/7, weniger ausgeprägt C5/6, mit Foraminalstenosen C5/6 und leicht auch C6/7 gezeigt (Urk. 9/36/6). Aufgrund der Lokalisation der Schmerzausstrahlungen sei klinisch eine radikuläre Reizung C7 möglich gewesen, eindeutige Kriterien hätten diesbezüglich aber nicht bestanden. Die von der Beschwerdeführerin zunehmend geschilderten Ganzkörperbeschwerden, welche vorwiegend in Stresssituationen und unter Belastung auftraten, sowie der klinische Untersuchungsbefund entsprächen am ehesten Weichteilbeschwerden mit Kettentendomyosen vor allem im dorsalen Schultergürtelbereich und Arm rechts bei Fibromyalgietendenz (Urk. 9/36/7). Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin bis einschliesslich 3. Dezember 2006 zu 100 % arbeitsunfähig. Anschliessend bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40 % (bezogen auf ein Pensum von 100 %) in der angestammten Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer Sicht mittelfristig steigerungsfähig (Urk. 9/36/7).

3.2.3.Ä Ä Die behandelnde Psychiaterin, A.____, diagnostizierte in ihrem Bericht an den damaligen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 15. Februar 2007 eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine reaktive Depression (ICD-10 F32.0), eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) sowie ferner ein chronisches zervikozephalales und spondylogenes Syndrom sowie lumbospondylogenes Syndrom rechts (Urk. 9/35/1). Aufgrund dieser Diagnosen sei die Beschwerdeführerin aus ihrer psychiatrischen Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Der weitere Verlauf müsse mittelfristig mit einer erneuten Beurteilung abgewartet werden (Urk. 9/35/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer - an den damaligen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gerichteten - Stellungnahme vom 6. Februar 2008 zum K.____-Gutachten vom 19.

November 2007 hielt A.____ an ihren Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einer - inzwischen nach ihrer Einschätzung spezifizierten anankastischen - Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5) sowie an der attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen fest (Urk. 9/55).

3.2.4.4 Im Gutachten des K.____ vom 19. November 2007 wurden unter dem Titel "Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" (1) ein chronisches cervico-cephales und cervicospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M53.0, M50.9) bei/mit radiomorphologisch deutlicher Osteochondrose C6/7, weniger stark ausgeprägt C5/6, mit beginnender Unkarthrose C5/6 und C6/7 und leichter Tangierung der Nervenwurzel C6 rechts bei Durchtritt durch das Neuroforamen (MRT HWS November 2006) sowie reaktiver Myogelose der Suboccipital- und Trapeziusmuskulatur bilateral rechtsbetont, (2) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) bei/mit morphologisch deutlicher Bandscheibenverschmälerung zwischen C6/7, angedeutet C5/6, mit leicht beginnender unkarthrotischer Veränderung C5/6 und C6/7, Streckhaltung der Halswirbelsäule, reaktiver Myogelose der thorakolumbovertebralen Muskelgruppen und allgemeiner muskulärer Dekonditionierung sowie (3) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und unter dem Titel "Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) erhoben (Urk. 9/47/16). Aus rein rheumatologischer Sicht könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Angestellte der P.____ generell als intermittierend bis regelmässig mittelschwer belastend beurteilt werden. Bezogen auf diese Arbeitstätigkeit könne von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit (bezogen auf ein 100%iges Pensum) ganztagig verwertbar ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Aus internistischer Sicht lägen keine Diagnosen vor, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einschränkten. Insgesamt könne somit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 % in der angestammten Tätigkeit festgestellt werden, bezogen auf ein hypothetisches vollschichtiges Pensum. Die geringen Einbussen aus psychiatrischer Sicht wirkten sich nicht additiv zu den somatischen Einschränkungen aus. Es könnten die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen genutzt werden. Was die Arbeitsfähigkeit in anderen Tätigkeiten betreffe, so sei der Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht eine körperlich nur leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit zu 80 % ganztagig zumutbar, wobei ihr die Möglichkeit gewährleistet werden sollte, dass sie ihre Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln könne. Stereotype, fliessbandähnliche Rotationsbewegungen der Halswirbelsäule seien zu vermeiden, ebenso das repetitive Heben, Tragen, Stossen und Ziehen von Lasten über 10 Kilogramm. Aus psychiatrischer Sicht bestehe wegen der leichten depressiven Episode eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Es könne ihr aus psychischer Sicht zugemutet werden, trotz ihrer Beschwerden weiterhin ihrer angestammten, ihrer häuslichen oder einer ihren körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit nachzugehen. Die rheumatologischen und psychiatrischen Einschränkungen könnten nicht addiert werden. Sie verstärkten sich gegenseitig nicht. Insgesamt könne somit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % in adaptierten Tätigkeiten festgestellt werden, bezogen auf ein vollschichtiges Pensum (Urk. 9/47/17-18).

3.2.5.5 Die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin kam in ihrem Abklärungsbericht vom 9. Februar 2006 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Haushaltbereich zu 16,5 % eingeschränkt sei (Urk. 9/10/5). In ihrer Stellungnahme vom

4. MÄrz 2008 hielt sie an der Einschränkung in dieser Höhe fest (Urk. 9/61).

E. 3.3

3.3.1. Das Gutachten des K.____ vom 19. November 2007 (Urk. 9/47) basiert auf internistischen, rheumatologischen, neurologischen (kursorisch) und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten des K.____ vom 19. November 2007 kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.5).

3.3.2. Im Gesamtgutachten des K.____ vom 19. November 2007 wird nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus somatischer Sicht nicht vollständig erklärt werden können. So zeigte sich anlässlich der von C.____, FMH Innere Medizin, am 26. September 2007 durchgeführten internistischen Untersuchung ein unauffälliger internistischer Status (Urk. 9/47/7). Sodann stellte D.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, fest, die rheumatologische Untersuchung vom gleichen Tag sei gekennzeichnet gewesen durch eine zum Teil deutliche Abwehrhaltung, und zwar sowohl bei der Prüfung der Brust- als auch der Lenden- und Halswirbelsäule mit intermittierender Schmerzexazerbation bei jeweils sofortiger Regredienz unter Ablenkung. Es beständen multiple Zeichen nach Waddell (5 von 5 positiv). Das Ausmass der im Status festgestellten Bewegungseinschränkung könne insbesondere lumbal aufgrund der vorliegenden radiomorphologischen Untersuchungen somatisch nicht nachvollzogen werden, ebenfalls könne die Bewegungseinschränkung der Brust- und insbesondere auch der Halswirbelsäule objektiv nicht erklärt werden. Sicherlich bestehe eine eindeutige Degeneration vor allem im Segment C6/7, weniger stark ausgeprägt im Segment C5/6. Diese lokalen, mehrheitlich degenerativen Veränderungen könnten alleine die chronifizierte therapieresistente und sich generalisierte Schmerzsymptomatik aus rheumatologisch-somatischer Sicht jedoch sicherlich nicht adäquat erklären. Der gesamte periphere Gelenkstatus an den oberen und unteren Extremitäten habe keine Hinweise weder für relevante degenerative noch entzündlich-rheumatologische Veränderungen ergeben, die Bewegungsfähigkeit des Schultergelenkes rechts sei jeweils endphasig eingeschränkt gewesen mit einer diffusen Abschwächung aller geprüften Muskelgruppen an der rechten oberen Extremität. Im kursorisch-neurologischen Status hätten weder aktuelle noch residuelle, sensible cervicale oder lumboradikuläre Ausfälle objektiviert werden können. Die festgestellte Halbseitenhypästhesie der gesamten rechten Körperhälfte sei somatisch nicht erklärbar. Aufgrund der detailliert vorliegenden früheren ärztlichen Untersuchungsberichte, der eigenen Untersuchungen und den vorliegenden radiomorphologischen Bilder müsse von einer wegweisenden psychosozialen Überlagerung der gesamten Schmerzsymptomatik ausgegangen werden (Urk. 8/47/15).

Die Feststellungen von D.____ stehen mit den von ihm erhobenen detaillierten rheumatologischen und kursorischen neurologischen Befunden (Urk. 9/47/12-13) in Einklang. Gleiches gilt für seine Beurteilung, wonach der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht die bisherige Tätigkeit zu 60 % und eine

körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit (mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition regelmässig selbständig zu wechseln, und ohne stereotype, fließbandähnliche Rotationsbewegungen der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie ohne repetitives Heben, Tragen, Stossen und Ziehen von Lasten über 10 Kilogramm) zu 80 %, je bezogen auf ein vollzeitliches Pensum, zumutbar ist. Sie erscheint deshalb überzeugend. Dies gilt umso mehr, als D. ___ die geklagten Beschwerden unter anderem auf eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung zurückzuführen (Urk. 9/47/14). Eine Dekonditionierung kann nämlich - in der Regel - durch entsprechendes Training behoben werden und ist daher bei der Beurteilung der Invalidität, welche definitionsgemäss auf Dauer beruht (Art. 8 ATSG), grundsätzlich ausser Acht zu lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 15. März 2006 in Sachen M., I 884/05, Erwägung 2.2).

Der seitens der Beschwerdeführerin erhobene Einwand, wonach im Gutachten vom unzutreffenden Sachverhalt ausgegangen worden sei, die Beschwerdeführerin sei seit dem 10. Juli 2005 - lediglich - zu 60 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 1 Seite 7), ändert daran nichts. Wohl wurde - entgegen der von Z. ___ in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 9. April 2006 vorgenommenen Einschätzung (Urk. 9/31) - in der Einleitung des Gutachtens und der darin aufgeführten Sozial-/Arbeits- sowie der psychiatrischen Anamnese festgehalten, der Hausarzt der Beschwerdeführerin habe ihr zuletzt ab dem 10. Juli 2005 eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 9/47/3, Urk. 9/47/6 und Urk. 9/47/9). D. ___ war indessen durchaus bekannt, dass die Beschwerdeführerin wegen ihren Beschwerden seit März 2006 nicht mehr gearbeitet hat (Urk. 9/47/12).

3.3.3 Die im Gesamtgutachten vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht basiert auf den Erhebungen von E. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 25. September 2007 (Urk. 8/47/7-11). Dieser stellte fest, dass es sich diagnostisch um eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) handle. Im Vorfeld der Schmerzverarbeitungsstörung und zum Zeitpunkt der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin nicht unter schweren psychosozialen oder deutlichen emotionalen Belastungssituationen gelitten, und es habe auch kein ausgeprägtes aufmerksamkeitsuchendes Verhalten bestanden, so dass die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose) nicht gestellt werden konnten. Die Beschwerdeführerin könne es sich nicht vorstellen, auch mit Beschwerden zu arbeiten, und habe seit der Arbeitsniederlegung keine Versuche unternommen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die erwartete Besserung sei nicht eingetreten. Es sei zu einer Schmerzausweitung gekommen. Die Beschwerdeführerin verrichte im gemeinsamen Haushalt zusammen mit ihrem Ehemann und den beiden Kindern durchaus körperlich weniger anspruchsvolle Haushaltsarbeiten. Sie erhalte viel Hilfe von ihrer Familie und ihren Freundinnen. Dadurch erhalte sie auch Zuwendung, was im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns ihr regressives Verhalten verstärke. Sie leide auch unter depressiven Verstimmungen (Urk. 9/47/9). Zur Zeit stehe diagnostisch eine leichte depressive Episode mit Schlafstörungen und Antriebsstörung im Vordergrund. Dadurch sei sie in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 20 % eingeschränkt. Eine mittelgradige oder gar schwere depressive Störung liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei nicht suizidal,

es lässen keine Konzentrationsstörungen vor. Es beständen auch keine Hinweise auf unbewusste Konflikte. Ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Schwere psychosoziale Belastungssituationen beständen nicht. Es handle sich nicht um eine somatoforme Schmerzstörung. Auch eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Dagegen spreche neben dem Fehlen von Symptomen einer spezifischen Persönlichkeitsstörung vor allem auch die vor der Erkrankung normale berufliche und familiäre Sozialisation. Depressive Verstimmungen seien auch bei einer Schmerzverarbeitungsstörung häufig. Die Beschwerdeführerin zeige eine ausgeprägte Selbstlimitierung. Sie verrichte aber durchaus auch Arbeiten im Haushalt. Sie habe regelmässige Kontakte zu ihren Kolleginnen. Ein sozialer Rückzug bestehe nicht (Urk. 9/47/10). Deshalb könne es ihr aus psychiatrischer Sicht auch zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 80 % nachzugehen (Urk. 9/47/10-11).

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, es sei grundsätzlich fraglich, wie das K. innerhalb einer Exploration von nur gerade mal 45 Minuten Dauer zu einer fundierten diagnostischen Einschätzung kommen wolle. Weil eine seriöse Beurteilung der psychischen Erkrankung in wenigen Minuten überhaupt nicht möglich sei, belasse es das K. auch bei einer blossen Bestreitung der somatoformen Schmerzstörung und der Persönlichkeitsstörung, obwohl beide ausreichend belegt seien. Die fundiert eingehende psychiatrische Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin habe im Gegensatz zu derjenigen des K. einen schwerwiegenden, der Beschwerdeführerin zwar unbewussten, emotionalen Konflikt belegt. Dieser unbewusste emotionale Konflikt manifestiere sich vor dem Hintergrund ihrer anankastischen Persönlichkeitsstörung als regressive Versuchungs- und Versagungssituation (Urk. 1 Seite 10). Selbst die belegten affektiven und ängstlichen Störungen mit unterschiedlichem Schweregrad von Depression und Angst, welche die Somatisierungsstörungen begleiteten, seien seitens des K. nicht erkannt worden (Urk. 1 Seiten 11 und 12). Die Verwertbarkeit eines Berichtes, der derart simple Sachverhalte verkenne, sei kaum gegeben resp. werde jedenfalls deutlich in Frage gestellt. Eine korrekte Berücksichtigung des effektiven Sachverhaltes führe aus psychiatrischer Sicht zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 1 Seite 12).

Dazu ist zu bemerken, dass von der Dauer der Untersuchung nicht auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen Stellungnahme geschlossen werden kann (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 20. Januar 2006 in Sachen F., I 748/05, Erwägung 2.2.4). Die Argumentation in der Beschwerde lässt sodann die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag ausser Acht: hier die - die ihr glaubhaft geschilderten persönlichen Nähe und Ängste - auffangende Haltung der behandelnden Psychiaterin, dort die notwendigerweise auch kritische Auseinandersetzung durch den psychiatrischen Experten E. Die Beschwerdeführerin verkennt den Unterschied zwischen Krankheit und Invalidität in dem Sinne, dass auch einer kranken Person die Selbsteingliederung durch Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit obliegt, soweit und solange ihr dies aus ärztlicher Sicht zumutbar ist (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 10. Dezember 2009 in Sachen B., 9C_919/2009, Erwägung 3). Im Übrigen sagt die Diagnose allein noch nichts darüber aus, ob eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG vorliegt. Vielmehr muss in jedem Einzelfall eine dauernde Beeinträchtigung der

Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 129 V 298 Erw. 4.c).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä E. ___ vom K. ___ hat sich mit dem im Zeitpunkt der Begutachtung vorliegenden Bericht von A. ___ vom 15. Februar 2007 (Urk. 9/35) auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, warum er die darin enthaltenen Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) und ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht bestätigen kann (Urk. 10/47/10-11). Aufgrund des von ihm erhobenen - vollständigen - Psychostatus ("... Sie sprach mit fester Stimme, wirkte resigniert und enttäuscht. Sie war freundlich und kooperativ, beantwortete die gestellten Fragen sehr ausführlich. Ihre Ausführungen waren differenziert. [...] Die Klagen über ihre körperlichen Beschwerden waren diffus. Neben ihren Schmerzen klagte sie über die angespannte finanzielle Situation. Die Stimmung war depressiv. Mimik und Gestik waren herabgesetzt, die affektive Modulationsfähigkeit eingeschränkt. Während des ganzen Gespräches sass sie auf ihrem Stuhl, zeigte keine akute Schmerzempfindung und blieb in ihrer klagenden und weinenden Haltung. Sie war allseits orientiert und bewusstseinsklar. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis waren nicht beeinträchtigt. Das Denken war formal unauffällig, inhaltlich standen depressive Gedanken im Vordergrund. Wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen und Ich-Störungen waren nicht vorhanden." [Urk. 9/47/9]) ist in der Tat nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen zu mehr als 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sein sollte. Mit Blick auf die Feststellungen von E. ___ erscheint sogar fraglich, ob bei ihr überhaupt ein invalidenversicherungsrechtlich relevantes psychisches Leiden besteht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei den Störungen gemäss ICD-10 F50-59 handelt es sich um Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. Die Kategorie 54 beinhaltet psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; sie sollte verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 17. September 2009 in Sachen K., 8C_567/2009, Erw. 5, mit Hinweis; Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Kodifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 5. Auflage, Bern 2005, Seite 219). Die von E. ___ attestierte Schmerzverarbeitungsstörung (F54) stellt somit eine Verhaltensauffälligkeit und nicht ein psychisches Leiden mit Krankheitswert dar. Leichte depressive Episoden sind sodann praxisgemäss grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 8. Mai 2007 in Sachen M., I 905/06, Erwägung 3.2 mit Hinweisen).

Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass somatoforme Schmerzstörungen gemäss ICD-10 F45.4 rechtsprechungsgemäss unter die psychischen Leiden mit Krankheitswert fallen; sie sind aus rechtlicher Sicht Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes gelten anhaltende somatoforme Schmerzstörungen sowie damit vergleichbare pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände (BGE 132 V 393 Erw. 3.2 Seite 399; Urteil I 683/06 vom 29. August 2007, Erw. 2.2) in der Regel als nicht in rentenbegründendem Ausmass invalidisierend, sondern nur ausnahmsweise, bei Hinzutreten näher umschriebener qualifizierender Voraussetzungen (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 24. April 2007 in Sachen K., I 1000/06, Erwägung 5 mit Hinweisen; vgl. Erwägung 1.1). Geht man mit A. ___ (Urk. 9/35 und Urk. 9/55) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 besteht, wäre diese jedenfalls nicht als invalidisierend zu betrachten. Eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), wie sie von E. ___ und im Übrigen auch von A. ___ (Urk. 9/35/1) bescheinigt wurde, erfüllt das in diesem Zusammenhang zu berücksichtigende Kriterium der psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 S. 354) nicht (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 17. September 2009 in Sachen K., 8C_567/2009, Erw. 5). Bei den gegenüber A. ___ (Urk. 9/55/2) geltend gemachten, gegenüber E. ___ vom K. ___ (Urk. 9/47/8) allerdings nicht erwähnten Umständen der Beschwerdeführerin würde es sich, wie A. ___ in ihrem Bericht an den damaligen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 6. Februar 2008 selbst bemerkte (Urk. 9/55/2), - auch - um eine bloss Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung handeln und nicht um eine selbständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität (vgl. WHO, Internationale Kodifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 5. Auflage, Bern 2005, Seite 185). Das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinns ist, wie E. ___ nachvollziehbar darlegte (Urk. 9/47/9), zu verneinen. Hingegen geht sowohl aus dem Gutachten des K. ___ als auch aus dem Bericht von A. ___ vom 6. Februar 2008 unmissverständlich hervor, dass bei der Beschwerdeführerin ein ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn vorliegt ("Sie erhält viel Hilfe von ihrer Familie und ihren Freundinnen. Dadurch erhält sie auch Zuwendung, was im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns ihr regressives Verhalten verstärkt." [Urk. 9/47/9 unten]; "Über die somatische Ebene ihres Leidens erhält die Pat. auch Zuwendung und damit eine gewisse 'Befriedigung' ihrer unbewussten regressiven Bedürfnisse [...]" [Urk. 9/55/2]). Ein sekundärer Krankheitsgewinn ist rechtlich jedoch unbeachtlich (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 86). Auch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens besteht nicht, pflegt die Beschwerdeführerin doch gemäss ihren eigenen Angaben Kontakt zu verschiedenen Kolleginnen (Urk. 9/47/8). Beim Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ergibt sich zwar, dass bereits verschiedene ambulante Behandlungen durchgeführt wurden. Einer stationären Behandlung unterzog sich die Beschwerdeführerin indessen lediglich einmal wegen ihrer somatischen Beschwerden, wobei diese nur rund zwei Wochen (6. bis 21. November 2006

[Urk. 9/36/6]) dauerte. Ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit im Wesentlichen unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung liegt zwar vor; nach dem Gesagten genügt dies insgesamt jedoch nicht, um aus rechtlicher Sicht von einer Unzumutbarkeit der Schmerz berwindung auszugehen (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 S. 51 oben).

         Die von E.____ vorgenommene - im Rahmen des Gesamtgutachtens übernommene - Einschätzung, wonach aus psychischen Gründen für sämtliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % besteht, trägt der psychischen Problematik somit jedenfalls äusserst grosszügig Rechnung.

3.3.4   Wie die Gutachter zu Recht bemerken (Urk. 47/9/18), sind die rheumatologischen und psychiatrischen Einschränkungen nicht zu addieren. Denn beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen überschneiden sich deren erwerbliche Auswirkungen in der Regel, so dass jedenfalls eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder gesch tzten Arbeitsunf higkeitsgrade nicht zulässig ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 30. Juni 2006 in Sachen R., I 904/05, Erw. 3.4 mit Hinweis).

3.3.5   Die im Rahmen des Gesamtgutachtens vorgenommene Einschätzung, wonach für die bisherige Tätigkeit eine 60%ige und für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit besteht, erscheint deshalb überzeugend.

E. 3.4

3.4.1   Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte enthalten, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin, keine Angaben, welche die im K.____-Gutachten vom 19. November 2007 (Urk. 9/47) gemachten Feststellungen zu widerlegen vermöchten.

         Vorab ist festzuhalten, dass bei der W rdigung von Berichten behandelnder Ärzte rechtsprechungsgemäss berücksichtigt werden darf und soll, dass deren Beurteilung mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten der Patienten ausf llt. Berichte behandelnder Ärzte können ein Gutachten zwar dann in Frage stellen und zumindest Anlass für weitere Abklärungen geben, wenn darin nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungew rdigt geblieben sind und bei deren Ber cksichtigung sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 24. Juni 2009 in Sachen G., 9C_276/2009, Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

         In den Berichten von A.____ vom 15. Februar 2007 und vom 6. Februar 2008 (Urk. 9/35 und Urk. 9/55) finden sich nach dem Gesagten (vgl. Erw rgung 3.3.3) keine solchen Aspekte.

         Z.____ beschränkte sich in den Berichten an die Beschwerdegegnerin vom 8./9. Mai 2005 (Urk. 9/5/3-6) und vom 19. Februar 2007 (Urk. 9/36/3-4) sowie an den damaligen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 9. April 2006 (Urk. 9/31) und vom 17. Februar 2008 (Urk. 9/56) im Wesentlichen darauf, die - subjektiven - Angaben der Beschwerdeführerin wiederzugeben und auf die Berichte der von ihm beigezogenen Ärzte (Urk. 9/5/7-26 und Urk. 9/36/5-13) zu verweisen. Diese Berichte lagen den Gutachtern des K.____ aber vor (Urk. 9/47/3-5), und sie haben sich, soweit diese

abweichende Beurteilungen enthalten, auch dazu geÄussert (Urk. 9/47/15-16 und Urk. 9/47/18-19). Soweit Z. ___ in seinem Bericht vom 17. Februar 2008 ausfÄhrte, die BeschwerdefÄhrerin habe im Verlauf zusÄtzlich das Vollbild einer Fibromyalgie entwickelt (Urk. 9/56), ist zu bemerken, dass die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen SchmerzstÄrungen aufgestellten Kriterien (vgl. ErwÄrgung 1.1) bei der WÄrdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog anzuwenden sind (BGE 132 V 65 Erw. 4). Diese Kriterien sind aber nach dem Gesagten (vgl. Erw. 3.3.3) bei der BeschwerdefÄhrerin nicht erfÄhlt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Bericht der Rheumaklinik des Spitals I. ___ vom 29. November 2006 (Urk. 9/47/6-13) ist zu bemerken, dass die darin enthaltenen Befunde und Diagnosen im Wesentlichen mit denjenigen im Gutachten des K. ___ vom 19. November 2007 Äbereinstimmen. Insbesondere stellten auch die dortigen Ärzte fest, dass klinisch keine eindeutigen Kriterien fÄr eine radikulÄre Reizung C7 bestanden hÄtten. Ausserdem Äusserten sie sich nur zur ArbeitsfÄhigkeit der BeschwerdefÄhrerin in der angestammten TÄtigkeit, wobei sich ihre diesbezÄgliche EinschÄtzung ("steigerungsfÄhige ArbeitsfÄhigkeit von aktuell 40 %") durchaus mit derjenigen der K. ___-Gutachter (60 % in der angestammten TÄtigkeit) in Einklang bringen lÄsst.

3.4.2Ä Ä Aufgrund der Äberzeugenden Feststellungen im Gutachten des K. ___ vom 19. November 2007 (Urk. 9/47) kann somit ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es der BeschwerdefÄhrerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 Seite 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, zu 80 % einer ihren kÄrperlichen Beschwerden angepassten TÄtigkeit nachzugehen. Weitere Beweiserhebungen erscheinen daher unnÄtig (antizipierte BeweiswÄrdigung; vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 6. Dezember 2006 in Sachen L., 8C_468/2007, Erw. 5.2.2, mit Hinweisen).

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1Ä Ä Ä Ä Zur umstrittenen (Urk. 1 Seite 13, Urk. 9/19) BeeintrÄchtigung der BeschwerdefÄhrerin im Haushalt ist Folgendes zu bemerken:

4.2Ä Ä Ä Ä Wie erwÄhnt, wurde im AbklÄrungsbericht der Beschwerdegegnerin vom 9. Februar 2006 eine BeeintrÄchtigung in der HaushaltfÄhrung von 16,5 % ermittelt (Urk. 9/10, vgl. Urk. 9/61).

4.3Ä Ä Ä Ä Den Ärztlichen SchÄtzungen der ArbeitsfÄhigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenÄber den AbklÄrungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim BetÄrtigungsvergleich 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 UnmÄglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betÄtigen, was unter BerÄcksichtigung der konkreten VerhÄltnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung nach den Verwaltungsweisungen des Bundesamtes fÄr Sozialversicherung (KSIH, gÄltig seit 1. Januar 2008, Rz 3084 ff. [entspricht KSIH in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gÄltig 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 Hilfloosentscheidung 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).

4.4 Der Abklärungsbericht vom 9. Februar 2006 (Urk. 9/10) wurde durch eine spezialisierte Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin verfasst. Er gibt einleitend die anlässlich des Abklärungsgesprächs vom 6. Februar 2006 seitens der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wieder (Urk. 9/10/1-2). Es folgen Angaben zur hypothetischen Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall, zur Situation im Haushalt, den Wohnverhältnissen und den technischen Einrichtungen (Urk. 9/10/2-3). 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

Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (vgl. BGE 130 V 396 Erw. 3.3).

5.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 Erw. 5c/bb S. 157 mit Hinweisen). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 Erw. 4.4 S. 225). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte (vgl. SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I 697/05 und Urteil I 750/04 vom 5. April 2006, Erw. 5.5) oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes (vgl. Urteil U 454/05 vom 6. September 2006, Erw. 6.3.3 mit Hinweisen) erfolgen (BGE 134 V 322 Erw. 4.1 mit Hinweisen).

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 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

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).

5.3.1.1

5.3.1.1 Die Beschwerdeführerin geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nach wie vor mit einem Beschäftigungsumfang von 73 % bei der P.____ als Verkäuferin angestellt wäre und dort ein Jahreseinkommen von Fr. 42'185.-- (= Fr. 3'245.-- x 13) erzielen würde (Urk. 2 Seite 4, Urk. 9/60/3, Urk. 9/27/1). Demgemäss setzte sie das hypothetische Valideneinkommen 2006 auf Fr. 42'185.-- fest, was die Beschwerdeführerin nicht beanstandet hat.

5.3.2 Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Frauen betrug im Jahre 2006 im privaten Sektor Fr. 4'019.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2006 TA1 Seite 25), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahre 2006 (vgl. die Volkswirtschaft 1/2-2010, Tabelle B9.2 Seite 94) einen monatlichen Verdienst von Fr. 4'189.80 resp. einen Jahresverdienst von Fr. 50'277.60 (= Fr. 4'189.80 x 12) ergibt. Bei einem Beschäftigungsumfang von 73 % resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 36'702.60 (= 0,73 x Fr. 50'277.60).

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

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.