

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00355 vom 29. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00355](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00355)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00355 du 29 novembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00355 del 29 novembre 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1970 geborene A. \_\_\_\_, Mutter von zwei 2000 und 2005 geborenen Kindern (Urk. 8/4/2), arbeitete ab 2. Dezember 1991, zuletzt im Umfang von 59,52 % eines Vollzeitpensums als Sortiererin von Briefsendungen für die B. \_\_\_\_. (Urk. 8/16/2 f.). Nachdem die Versicherte ihrem Arbeitsplatz seit dem 17. Juli 2006 (vgl. Urk. 8/16/3) infolge eines lumbospondylogenen Syndroms ferngeblieben war (Urk. 8/13/2), meldete sie sich im Juli 2007 unter Hinweis auf eine seit 1993 bestehende multisegmentale Degeneration der Hals- und Lendenwirbelsäule bei multiplen Diskushernien zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte Umschulung sowie eine Rente (Urk. 8/4/6). Ein Arbeitsversuch bei der B. \_\_\_\_ in einem Pensum von 30 % ab August 2007 endete mit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses von Seiten der Arbeitgeberin per Ende Juli 2008 (vgl. Urk. 8/27/1 ff., 8/18). Zuvor war die Versicherte am 21. Juni 2008 auf Gesäss gestürzt, wobei sie sich laut Bericht ihrer Hausärztin, Dr. med. C. \_\_\_\_, Allgemeine Medizin, eine Kontusion und Distorsion von Lendenwirbelsäule (LWS) und Os Sacrum sowie eine Gesässkontusion zugezogen hatte (Urk. 8/62/60, 8/62/54).

1.2 Die IV-Stelle Zürich klärte die beruflich-erwerblichen, haushaltlichen (Abklärungsbericht vom 15. März 2008 [Urk. 8/35]) und medizinischen Verhältnisse ab und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 17. März 2008 (Urk. 8/39) gestützt auf einen nach der gemischten Methode ermittelten Invaliditätsgrad von 32 % die Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht. Auf den Einwand der Versicherten hin (vgl. Urk. 8/47) holte die IV-Stelle ein rheumatologisches Gutachten bei Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin (Gutachten vom 5. September 2008 [Urk. 8/51]), sowie ein bidisziplinäres Gutachten des E. \_\_\_\_ (Gutachten vom 21. April 2009 [Urk. 8/65] mit ergänzenden Stellungnahmen vom 8. und 22. Juli 2009 [Urk. 8/67, 8/68]) ein. Gestützt darauf wies die IV-Stelle die Versicherte am 3. Februar 2010 schriftlich daraufhin hin, dass sie sich im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht einer ambulanten fachorthopädischen beziehungsweise physiotherapeutischen Behandlung zu unterziehen habe (Urk. 8/76) und sprach ihr mit Verfügungen vom 24. März beziehungsweise vom 9. Juni 2010 bei einem - weiterhin nach der gemischten Methode ermittelten - Invaliditätsgrad von 41 % mit Wirkung ab 1. Juli 2007 bis 31. März 2010 (Urk. 10/2 = Urk. 2 des vereinigten Prozesses Nr. IV.2010.00580) beziehungsweise ab 1. April 2010 (Urk. 2) eine Viertelsrente der Invalidenversicherung und zwei Kinderrenten zu.

2. Dagegen liess die Versicherte am 21. April (Urk. 1) beziehungsweise am 18. Juni 2010 (Urk. 10/1 = Urk. 1 des vereinigten Prozesses Nr. IV.2010.00580) Beschwerde erheben mit dem Antrag, ihr seien die gesetzlichen respektive höhere

Leistungen auszurichten, allenfalls sei die Sache zu weiteren Abklärungen zurückerzweigen (Urk. 1 S. 2, 10/1 S. 2 = Urk. 1 S. 2 des vereinigten Prozesses Nr. IV.2010.00580). Die IV-Stelle beantragte am 7. Juni 2010 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Nachdem die Parteien übereinstimmend eine Vereinigung der beiden Verfahren beantragt hatten (Urk. 10/1, 10/6 = Urk. 1 und 6 des vereinigten Prozesses Nr. IV.2010.00580), vereinigte das hiesige Gericht mit Verfügung vom 30. August 2010 (Urk. 11) den Prozess Nr. IV.2010.00580 in Sachen der Parteien mit dem vorliegenden Prozess Nr. IV.2010.00355 und führte ihn unter dieser Prozessnummer weiter, während der Prozess Nr. IV.2010.00580 als dadurch erledigt abgeschrieben wurde.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. **1.1**

**1.1** Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtenen Verfügungen sind am 24. März beziehungsweise am 9. Juni 2010 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

**1.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor,

wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.3 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

1.4 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 ter IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.6. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie befriedigend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

1.7. Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind - analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den ärztlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 f. E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstitigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts I 236/06 vom 19. Juni 2006 E. 3.2).

Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich

jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_086/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C\_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2 mit Hinweisen).

## 2.1.1.1.1

2.1.1.1.1 Es steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu 40 % im Haushalt und zu 60 % erwerbstätig wäre (vgl. Urk. 8/35/3, 1 S. 7 Ziff. 4, Urk. 10/7/2, Urk. 10/20/19, Urk. 10/20/22). Dementsprechend hat die IV-Stelle für die Bemessung des Invaliditätsgrades zu Recht die gemischte Methode angewendet. Streitig und zu präzisieren ist jedoch die Höhe des Invaliditätsgrades.

2.2.1.1.1 Gestützt auf den Abklärungsbericht vom 15. März 2008 ging die IV-Stelle davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt zu 32,35 % eingeschränkt ist (vgl. Urk. 8/35/6), woraus sich gewichtet nach dem Anteil der Tätigkeit im Haushalt ein Teilinvaliditätsgrad von 12,94 % ergibt (vgl. Urk. 2 S. 2 unten). Im Erwerbsbereich hat die IV-Stelle das Valideneinkommen in einem 60 %-Pensum als Briefsortiererin auf Fr. 39'456.-- festgesetzt. Gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2006 (Tabelle TA1) sowie die gesundheitlich bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit gemäss E.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. April 2009 hat die IV-Stelle unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20 % vom Tabellenlohn ein Invalideneinkommen von Fr. 20'791.-- angenommen, was zu einem Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 28,20 % und zu einem Gesamtinvaliditätsgrad von 41 % führte ( $0,6 \times 47 \% + 0,4 \times 32,35 \%$  [Urk. 2 S. 2]).

2.3.1.1.1 Demgegenüber bringt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, die IV-Stelle sei in unzulässiger Weise vorgegangen, indem sie lediglich vier Monate nach Vorliegen des von ihr (der IV-Stelle) selbst eingeholten Gutachtens des Dr. D.\_\_\_\_ beim E.\_\_\_\_ ein weiteres Gutachten zu den selben Fragen in Auftrag gegeben habe. Dies erwecke den Eindruck, die Behörde hole solange Gutachten ein, bis aus ihrer Sicht ein akzeptables Resultat vorliege. Ein solches "Gutachter-Shopping" sei abzulehnen. Vielmehr wäre es möglich gewesen, ergänzende Fragen an den ersten Gutachter zu stellen (Urk. 1 S. 3). Weiter rügt die Beschwerdeführerin, dass im Gutachten des E.\_\_\_\_ eine Diskussion des Gutachtens von Dr. D.\_\_\_\_ fehle, weshalb das E.\_\_\_\_-Gutachten auch inhaltlich nicht überzeuge. Ebenso wird bemängelt, dass der Sturz der Beschwerdeführerin vom 21. Juni 2008, der ihren Zustand verschlechtert habe, im E.\_\_\_\_-Gutachten nicht thematisiert werde. Die vor diesem Unfall, am 15. März 2008, verfasste Haushaltsabklärung, sei ebenfalls nicht aktuell. Im Übrigen sei zu beachten, dass dem E.\_\_\_\_-Gutachten nicht nur dasjenige von Dr. D.\_\_\_\_, sondern auch die Beurteilungen der behandelnden Ärztin, Dr. C.\_\_\_\_, sowie diejenigen der Spezialärzte der F.\_\_\_\_klinik entgegenständen (Urk. 1 S.

4).

### E. 3

3.1 Dr. med. G. \_\_\_\_, Oberärztin Rheumatologie von der F. \_\_ Klinik in " \_\_" stellte in ihrem Bericht vom 27. Februar 2007 folgende Diagnosen (Urk. 8/13/11):

- Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit

- massiver erosiver Osteochondrose L5/S1 mit progredienter mediolateraler Diskushernie linksbetont, mittlerer Spinalkanalstenose und Tangierung der Nervenwurzel S1

- ohne sensomotorische Defizite

- muskulärer Dysbalance

- Übergangswirbel mit rudimentärer Bandscheibe S1/2

- Status nach sensomotorischem C7-Syndrom links bei/mit rezidivierenden Krämpfen in DIG I bis III linke Hand

- Mediollaterale Diskushernie Höhe C6/7 mit geringer Myelonkompression ventrolateral links (CT vom 28. Juli 2006) mit

- leichter residueller Parese M. trizeps

- kleiner linkspraeforaminaler Hernie C6/7 mit Beeinträchtigung C7-Wurzel

- Spritzenphobie

- Status nach Sectio: Oktober 2005

3.2 Dr. C. \_\_\_\_, diagnostizierte am 24. Juli 2007 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom sowie ein sensomotorisches C7-Syndrom. In der angestammten Tätigkeit bei der B. \_\_\_\_, attestierte Dr. C. \_\_\_\_, der Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, hingegen erachtete sie eine leichte wechselbelastende Tätigkeit im Umfang von (maximal) 30 % als zumutbar. Zu Hause könne die Versicherte weder die Wünsche selber erledigen noch einkaufen und staubsaugen (Urk. 8/13/2 ff.).

3.3 Mit Gutachten vom 5. September 2008 diagnostizierte Dr. D. \_\_\_\_, ein lumboradikulares Syndrom S1 links (bei erosiver Osteochondrose L5/S1 und bilateraler Hernie sowie Status nach dreimaliger vorübergehend wirksamer Infiltrationsbehandlung bei lumbospondylogener Symptomatik), ein zervikospondylogenes Syndrom links und eine Diskushernie C6/7 links (Urk. 8/51/5 f.). Weiter führte Dr. D. \_\_\_\_, aus, dass in den Akten bis jetzt nie ein radikulares Syndrom dokumentiert worden sei. Bei der klinischen Untersuchung habe er indessen eine schmerzhaft blockierte Wirbelsäule gefunden ohne Verdeutlichungstendenz bei der Beschwerdepräsentation oder Zeichen der Symptomausweitung. Hingegen sei der ASR links nicht auslösbar, was ein Hinweis auf ein radikulares Kompressionssyndrom sei. Bei einer Progredienz der bereits vor anderthalb Jahren beschriebenen ausgeprägten degenerativen Segmentveränderung L5/S1 mit einer Diskushernie, die die S1-Wurzel tangiert habe, müsse heute eine Progredienz des Befundes mit Kompression der Nervenwurzel angenommen werden. Dazu passe die klinische Beobachtung, dass die Explorandin nach Möglichkeit die

Wirbelsäule durch Abtasten entlaste. In dieser Situation empfahl Dr. D.\_\_\_\_ eine erneute Abklärung zur Standortbestimmung und Evaluation des therapeutischen Prozedere, gegebenenfalls unter Einschluss der chirurgischen Option. Dr. D.\_\_\_\_ fügte an, dass im Weiteren bei bekannter kleiner Diskushernie C6/7 ein leichtes zervikospondylogenes Syndrom links bestehe. Eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik sei zurzeit nicht mehr nachweisbar. Zum Grad der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass die Versicherte zurzeit weder in ihrer angestammten Tätigkeit noch in einer allfälligen Verweistätigkeit arbeitsfähig sei und auch mittelschwere oder schwere Haushaltarbeiten nicht ausführen könne. Nach Abklärung des neu manifestierten radikulären Kompressionssyndroms S1 könne zur Frage der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen Stellung genommen werden. Eine Neu Beurteilung sollte nach durchgeführter Therapie und anschliessender Rehabilitation erfolgen. Bei persistierenden Restbeschwerden empfahl Dr. D.\_\_\_\_, bei dieser arbeitswilligen Frau eine Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen (Urk. 8/51/6 f.).

### 3.4.1.1

3.4.1.1 Im orthopädischen Teilgutachten des E.\_\_\_\_ von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 21. April 2009 stellte dieser folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/65/22):

1. Chronisches, therapieresistentes Lumbovertebralsyndrom mit/bei

- linksseitigem lumboradikulärem Syndrom

- sensiblen Störungen im Dermatome S1 links partiell mit

- fraglichem Muskelleistungsdefizit und - möglicherweise lumbogener

- relativer Harnblasenschwäche bei

- ausgeprägten Aufbrauch- und Umformungsveränderungen insbesondere in den Etagen L3 bis L5 einschliesslich Osteochondrose, Retrospondylose und Spondylarthrose in unterschiedlicher Verteilung, relativer Spinalkanalstenose L4/5 mit möglicher Irritation der Nervenwurzel L5 beziehungsweise L4 links und

- teilweiser Sakralisation des 5. LWK

2. Rotatorenmanschettenschaden links (sogenannte Periarthropathia humero scapularis)

3. Zervikobrachialsyndrom links

3.4.2 Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, aus orthopädischer Sicht könne die Versicherte am bisherigen Arbeitsplatz als Briefsortiererin bei der B.\_\_\_\_ nur eingeschränkt auf Dauer eingesetzt werden. Wegen der verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule (beispielsweise bei längerfristigem Stehen, bei vorgebeugten oder sonstigen Rumpfwangshaltungen) erscheine sie den Anforderungen des bisherigen Arbeitsplatzes zunächst einmal nicht mehr voll gewachsen, so dass eine Arbeitsunfähigkeit von vorerst 50 % für die Arbeit als Briefsortiererin bestehe. Es müsse offen bleiben, ob durch den Einsatz intensiver Behandlungsmassnahmen tatsächlich eine dauerhafte Steigerung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erreicht werden könne. Für eine leidensangepasste Tätigkeit gälten folgende Kriterien: Es dürften nur leichte körperliche Arbeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen oder längerfristig im Sitzen ausgeführt werden, soweit für sitzende Tätigkeiten ein

geeignetes ergonomisches Mobiliar zur Verfügung stehe, Hal tungswchsel nach eigener Wahl möglich seien, Stauchungen der Wirbelsäule in der Längsachse nicht auftraten, Zwangshaltungen (Rumpfvorbeugen, Seitverdrehung, Seitneigung, hockende und kniende Position) nicht gefordert würden und zusätzlich auch auf Tätigkeiten in Schulterhöhe und darüber (über dem Kopf) verzichtet werde. Das Heben und Tragen von Lasten bis zu 5 kg aus etwa Beckenhöhe während maximal 1 bis 2 Minuten erscheine drei- bis fünfmal pro Stunde zumutbar, während das Anheben und Ablegen aus/in Fussbodenhöhe und aus beziehungsweise über Kopfhöhe ungeeignet sei. Massgeblich für die Einschränkungen seien die Funktionsstörungen im Bereich der Lendenwirbelsäule mehr als der Halswirbelsäule und des linken Armes beziehungsweise des linken Schultergelenkes. Die für zumutbar erklärten Tätigkeiten könne die Versicherte aus orthopädischer Sicht während etwa 4 Stunden eines Arbeitstags (halbschichtig) an fünf Tagen in der Woche durchführen. Das Zusammenführen von zwei oder mehr Arbeits-Teilschichten auf einen Tag erscheine vorerst nicht zulässig. Die Durchführung des halben Pensums an zusammen zweieinhalb Tagen sei also auszuschliessen. Unter Berücksichtigung der genannten eingeschränkten Faktoren liege bis auf Weiteres bei der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vor (Urk. 8/25/26 f.). Die von Dr. C. \_\_\_ abgegebene Einschätzung der Zumutbarkeit könne nicht in allen Punkten unterstützt werden; dies treffe in erster Linie für die Einschätzung des zeitlichen Umfangs der zumutbaren Tätigkeiten zu. Die Angaben einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als B. \_\_\_ angestellte werde nicht bestätigt.

3.4.3.4. Unter dem Stichwort "Therapievorschläge" führte Dr. H. \_\_\_ aus, die Versicherte sollte generell nur Schuhe mit weichen (Puffer-)Absätzen tragen. Geeignet seien sodann generell Kombinationsbehandlungen mit Physiotherapie, Balneotherapie (einschliesslich Bewegungsbädern und Massagen), Elektrotherapie, Extensionsbehandlungen und insbesondere medizinische Trainingstherapie mit einer Kombination von verschiedenen Geräten wie beispielsweise Beinstemme, Seilzuggeräte, Laufband oder Ähnliche, Posterumed-Schwingplatte, Fahrradergometer und andere mehr. Hilfreich könne auch eine ergotherapeutische Beratung sein, insbesondere aber eine psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung. Bei Therapieresistenz sollten auch die Möglichkeiten einer Fusionsoperation (beispielsweise in Kombination mit Fixateur intern und ventraler Spondylodese inklusiv Distanzhalter/Cage) im Segmentbereich L4/5 erwogen werden. Inwieweit operative Massnahmen oder konservative Rehabilitationsmassnahmen hilfreich sein würden, hänge unter anderem von der Motivation und Bereitschaft der Versicherten ab. Generell sei eine berufliche Umschulung zwar angezeigt. Die Versicherte verfüge aber nur über eingeschränkte (wenn auch in der allgemeinen täglichen Kommunikation ausreichende) Kenntnisse der deutschen Sprache. Die Auffassungsgabe erscheine gut, soweit dies ein Orthopäde beurteilen könne. An einer Verbesserung der Situation scheine sie interessiert zu sein. Nach Durchführung der oben genannten Behandlungsmassnahmen könne von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 100 % (bezogen auf ein Ganztagespensum) ausgegangen werden. Zum jetzigen Zeitpunkt würden Integrationsmassnahmen beziehungsweise berufliche Massnahmen nicht geeignet beziehungsweise durchführbar und aussichtsreich erscheinen (Urk. 8/65/27 f.).

3.5. Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hielt im neurologischen Teilgutachten des E. \_\_\_\_, vom 21. April 2009 fest, die neurologische Begutachtung habe einen hinreichend sicheren Hinweis auf eine leichtgradige Wurzelkompression S1 links ergeben. Für die Leichtgradigkeit sprächen der Reflexbefund (erhaltener ASR) und die fehlenden Hinweise auf eine assoziierte Parese des Kennmuskels. Darüber hinaus habe sich ein sicherer Hinweis auf eine demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden erheben lassen. Insbesondere habe sich kein klinisches Korrelat für eine Läsion einer zervikalen Nervenwurzel ergeben. Die beklagten sensiblen Störungen der linken Hand würden differentialdiagnostisch die Überlegung eines Karpaltunnelsyndroms zulassen. Ein behindernder Effekt sei angesichts des hier erhobenen Befundes jedoch nicht wahrscheinlich. Die bei der Versicherten bildmorphologisch beschriebenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule konstatierten für sich allein aus Sicht von Prof. Dr. I. \_\_\_\_, zunächst keine klinische Erkrankung und könnten ohne ein gesichertes klinisches Korrelat nicht im Sinne einer die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in ihrer bisherigen Tätigkeit einschränkenden Erkrankung interpretiert werden. Vielmehr sei hier während der klinische Untersuchungsbefund heranzuziehen, der im Fall der Versicherten keinen hinreichend sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine wesentlich behindernde Störung ergeben habe (Urk. 8/65/35).

3.6. Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit im Rahmen der Begutachtung durch das E. \_\_\_\_, führte zum Schluss, dass das arbeitsbezogene Hauptproblem eine allgemein verminderte Leistungsbereitschaft und Belastungstoleranz sei. Das Ausmass der angegebenen Schmerzbeeinträchtigungen beziehungsweise Behinderungen sei mit den klinischen Befunden nur teilweise erklärbar. Die Versicherte sei kaum bereit, sich in der Untersuchung und in den Tests zu belasten und dabei ein gewisses Mass an unvermeidbaren Beschwerden zu tolerieren. Sie sei auf ihre Schmerzen fixiert und zeige ein demonstratives Schmerzverhalten. Es gebe Hinweise auf nicht organische, somatische Zeichen. Zudem beständen deutliche Hinweise auf eine schonungsbedingte körperliche Dekonditionierung (Haltungsinsuffizienz). Unter den Stichworten "Leistungsbereitschaft und Konsistenz" hielten die Berichtersteller fest, dass die Beobachtungen bei den Tests auf eine deutliche Selbstlimitierung hinweisen würden und die Konsistenz schlecht gewesen sei (Urk. 8/65/37). Zu den Fragen der Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive führten sie aus, infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der ergonomischen Tests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als sie bei den Tests gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch Beobachtungen bei den Leistungstests. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Sowohl die angestammte berufliche Tätigkeit als B. \_\_\_\_, angestellte wie auch andere leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien der Versicherten ganztags (8,5 Stunden pro Tag) zumutbar.

3.7. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 8. beziehungsweise vom 22. Juli 2009 hielt Dr. H. \_\_\_ abschliessend fest, da aus orthopädischer Sicht durch die EFL nicht der Beweis erbracht werden könne, dass die Versicherte die berufliche Tätigkeit als B. \_\_\_ angestellte ganztags (während 8,5 Stunden pro Tag) leisten könne, habe er dazu geraten, eine Wiedereingliederungsmassnahme durchzuführen und auf diese Weise die Belastbarkeit der Versicherten in der praktischen Anwendung zu testen (Urk. 8/67, 8/68).

#### E. 4

4.1. Die Beschwerdeführerin bringt (sinngemäss) vor, ein Versicherungsträger habe nicht das Recht eine "second opinion" zu einem bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, weil ihm das Resultat des ersten nicht gefalle (Urk. 1 S. 3).

Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der jeweiligen Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden notwendigen Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG beinhalten indessen rechtsprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine "second opinion" zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt (SVR 2007 UV Nr. 33 S. 111, U 571/06 E. 4.1 u. 4.2).

4.2. Der Vorwurf, die Beschwerdegegnerin habe beim E. \_\_\_ eine "second opinion" eingeholt, weil ihr das Ergebnis der Expertise von Dr. D. \_\_\_ nicht gelegen gekommen sei, ist unbegründet. Zum Einen schlug Dr. D. \_\_\_ selber eine erneute Abklärung der Beschwerdeführerin zur Standortbestimmung und eine Evaluation des therapeutischen Prozedere, gegebenenfalls unter Einschluss der chirurgischen Option sowie später (eventuell) die Durchführung einer EFL vor (Urk. 8/51/6). Zum Anderen legte der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) in seiner Stellungnahme vom 6. Oktober 2008 plausibel dar, dass die von Dr. D. \_\_\_ postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf eine optimal leidensangepasste Tätigkeit anhand der ausgewiesenen objektiven klinischen und bildgebenden Befunde (aus sozialmedizinischer Sicht) nicht nachvollziehbar erscheint. Dies begründete er auf überzeugende Weise damit, dass sensomotorische Defizite bei der Versicherten weder durch den Gutachter noch durch die vorbehandelnden Ärzte der F. \_\_\_ Klinik hätten festgestellt werden können. Zudem enthalte die medizinische Berichterstattung deutliche Hinweise darauf, dass die Versicherte ihrer Mitwirkungspflicht nur in unzureichender Form nachkomme. Ein für 2007 vorgesehener stationärer Rehabilitationsaufenthalt in "\_\_\_", der von den behandelnden Fachärzten der F. \_\_\_ Klinik empfohlen worden sei, sei von der Versicherten abgesagt worden (als Grund habe die Versicherte zunächst organisatorische Schwierigkeiten bei der Kinderbetreuung und später eine Erkrankung der Mutter angegeben.) Jegliche infiltrative Massnahmen seien von der Versicherten kategorisch abgelehnt worden. Die Versicherte habe sodann aus Zeitgründen keine Physiotherapie

durchführen wollen und habe die von der Hausärztin verordneten Medikamente auch gelegentlich weggelassen. Einem operativen Vorgehen habe sie völlig ablehnend gegenüber gestanden (Urk. 8/75/2).

## E. 5

5.1 Beim Gutachten des E. \_\_\_ vom 21. April 2009 handelt es sich um ein bidisziplinäres Gutachten, basierend auf einer rheumatologischen und einer neurologischen Untersuchung (inklusive EFL), das die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den vollen Beweiswert erfüllt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. 1.6 hiervor). Es ist überzeugend und schlüssig und in der Darlegung der medizinischen Zustände, Entwicklungen und Zusammenhänge einleuchtend, differenziert und nachvollziehbar. Es wurde in Kenntnis der Vorakten insbesondere des Gutachtens von Dr. D. \_\_\_ vom 5. September 2008 abgegeben und beruht auf allseitigen bidisziplinären Untersuchungen, die auch die Folgen des Treppensturzes vom 21. Juni 2008 berücksichtigen (vgl. Urk. 8/65/8). Die geklagten Beschwerden wurden wiedergeben und es fand eine Auseinandersetzung damit statt, so wurden auch die anlässlich der EFL gefundenen Hinweise auf eine deutliche Selbstlimitierung und eine schlechte Konsistenz bei den Tests in die Beurteilung miteinbezogen. Mithin kommt dem Gutachten - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin - voller Beweiswert zu.

5.2 Anzumerken bleibt, dass die Testergebnisse einer EFL bezüglich zumutbarer Belastbarkeit nur bei guter Leistungsbereitschaft zuverlässig sind. Wo eine solche wie hier fehlt, kann die Zumutbarkeit einer Arbeitsleistung nicht anders beurteilt werden als ausgehend vom medizinisch-theoretischen Zustand, welcher "bei normaler Leistungsbereitschaft und mittels der bisherigen zumutbaren Behandlungen mit hoher Wahrscheinlichkeit mindestens erreichbar gewesen wäre" (Urteil des Bundesgerichts 9C\_840/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1 mit Hinweis auf Oliveri/Kopp/Stutz/Klipstein/Zollikofer, Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit, Teil 2, in: Schweiz. Med. Forum 6/2006 S. 450). In Würdigung der von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Abklärung gezeigten deutlichen Selbstlimitierung spricht die Beurteilung aus medizinisch-theoretischer Sicht (ebenfalls) nicht gegen die Beweiskraft des Gutachtens vom 21. April 2009.

5.3 An dieser Einschätzung vermögen auch die (weiteren) Einwände der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Im Gegensatz zum Untersuchungsergebnis von Dr. D. \_\_\_ (vgl. Gutachten vom 5. September 2008 [Urk. 8/51/5]) liess sich der Achillessehnenreflex (ASR) sowohl im Rahmen der Untersuchung durch SUVA-Kreisarzt Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie (vgl. Bericht vom 29. Oktober 2008 [Urk. 8/62/19]) als auch anlässlich der Untersuchung durch Dr. I. \_\_\_ (vgl. Teilgutachten vom 21. April 2009 [Urk. 8/65/33]) beidseitig auslösen. Während Dr. D. \_\_\_ keine Verdeutlichungstendenz bei der Beschwerdepräsentation oder Zeichen der Symptomausweitung auffielen (Urk. 8/51/6), hielt Dr. J. \_\_\_ fest, die Schilderung der Beschwerden und auch das Verhalten bei der Untersuchung zwängen zur Annahme einer gestörten Schmerzverarbeitung, in die auch eine depressive Komponente hineinspiele (Urk. 8/62/23). In Übereinstimmung damit wies Dr. I. \_\_\_ auf eine demonstrative Darbietung der Einschränkungen und Beschwerden hin (Urk. 8/65/35) und im Bericht zur EFL wurde von einer erheblichen Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz gesprochen (Urk. 8/65/38). Weiter fällt auf, dass Dr. D. \_\_\_ sich mit der Bescheinigung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit selbst in angepassten Tätigkeiten (Urk. 8/51/7)

auch in Widerspruch zur behandelnden Hausärztin, Dr. C. \_\_\_\_, setzte, die immerhin von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit ausging (Urk. 8/13/2 ff.), wobei diesbezüglich der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte (und ebenso die einen Versicherten behandelnden Spezialärzte) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 352 E. 3b/cc). Auch mit Blick auf diese Diskrepanzen kann auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_ nicht abgestellt werden.

5.4.4.4 Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Gutachten des E. \_\_\_\_ vom 21. April 2009 mit der IV-Stelle anzunehmen, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Briefsortiererin oder eine andere leidensangepasste Tätigkeit trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % zumutbar ist. Da der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend erstellt ist und von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; SVR 2 IV Nr. 10 S. 28 E. 4b), ist auf Beweisergänzungen in medizinischer Hinsicht zu verzichten. In masslicher Hinsicht ist der von der Verwaltung vorgenommene Einkommensvergleich, der zu einem Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 28,2 % führt, unbestritten und nach Lage der Akten nicht zu beanstanden (vgl. dazu Feststellungsblatt für den Beschluss vom 15. März 2008 [Urk. 8/36] sowie angefochtene Verfügung vom 24. März 2010 [Urk. 2], wonach das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin [vgl. Urk. 8/16] Fr. 39'456.-- und das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenreihe gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik [LSE 2006, TA1, Zentralwert, Anforderungsniveau 4] unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20 % Fr. 20'791.-- betragen, woraus im Erwerbsbereich eine Einschränkung von 47 % resultiert).

## 6.4.4.4

6.1.4.4 Ebenfalls nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführerin, soweit sie geltend macht, die Haushaltsabklärung vom 15. März 2008 sei nicht mehr aktuell, da sich ihre Situation aufgrund des Sturzes vom 21. Juni 2008 verschlechtert habe (Urk. 1 S. 4). Zum Einen ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin von ihrer Hausärztin in ihrer angestammten Tätigkeit bereits zuvor vollständig arbeitsunfähig geschrieben war (vgl. Urk. 8/13/2). Zum Anderen ist zu beachten, dass nach derzeitigem medizinischen Wissensstand der Status quo sine bei posttraumatischen Beschwerden im Lumbalbereich nach drei bis vier Monaten erwartet werden kann (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 354/04 vom 11. April 2005, E. 2.2, mit Hinweisen auch auf die medizinische Literatur; vgl. diesbezüglich auch neuere Urteile des Bundesgerichts 8C\_346/2008 vom 11. November 2008, 8C\_326/2008 vom 24. Juni 2008, 8C\_677/2007 vom 4. Juli 2008, 8C\_637/2007 vom 11. August 2008).

6.2.4.4 Schliesslich ist - mit der IV-Stelle (vgl. Urk. 8/75/6) - in antizipierender Beweiswürdigung anzunehmen, eine allfällige Verschlechterung der rheumatologischen Befunde seit der Abklärung vor Ort im Februar 2008 führte insgesamt nicht zu einer rentenerheblichen Erhöhung der Einschränkung im Haushalt (auf mindestens 53 %). Da auch sonst nicht erkennbar ist und auch nicht in rechtsgenügender Weise vorgebracht wird, in welchem Punkt der Haushaltsabklärungsbericht vorliegend die für den Beweiswert von solchen Abklärungen geltenden Grundsätze (vgl. E. 1.7 hiervor) verletzt haben soll, kann auf

den Bericht vom 15. März 2008 und die darin ermittelte Einschränkung im Haushalt von 32,35 % (Urk. 8/35/6), die zu einem Teilinvaliditätsgrad im Haushalt von 12,94 % führt, abgestellt werden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerden.

7. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Guy Reich
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.