

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00399 vom 30. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00399](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00399)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00399 du 30 juin 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00399 del 30 giugno 2011

## Erwägungen

### E. 2

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, der Beschwerdeführerin spätestens ab 01. Februar 2002 auf der Basis eines Invaliditätsgrades von mindestens 70 % eine IV-Rente und die entsprechenden Kinderrenten zu entrichten.

#### E. 2.1

2.1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 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).

2.1.2. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis gemäss den Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 65 E. 3.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern, allenfalls

bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten (BGE 127 V 294 E. 5a), oder mit anderen Worten, ob die diagnostizierte Störung mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wäre (BGE 131 V 49 E. 1.2; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 203/06 vom 28. Dezember 2006, E. 4.1). Diese Frage beurteilt sich nach einem weitgehend objektivierbaren Massstab unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 und 2.2.4; BGE 127 V 294 E. 4b/cc; Urteil des Bundesgerichts I 772/06 vom 11. April 2007, E. 4.1).

## E. 2.2

2.2.1.1 Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen). Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b, 117 V 275 E. 2b), wobei jedoch von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Für die Beantwortung der Frage nach der Zumutbarkeit der Behandlung oder Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG kann auf die zu Art. 31 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung ergangene Rechtsprechung verwiesen werden, da sich diesbezüglich mit dem neuen Recht nichts geändert hat (vgl. auch SVR 2007 IV Nr. 34 S. 121, E. 3.1, I 744/06; Urteile I 1068/06 vom 31. August 2007, E. 2.2, und I 824/06 vom 13. März 2007, E. 3.1.1). Danach sind die gesamten persönlichen Verhältnisse, namentlich die berufliche und soziale Stellung der versicherten Person, zu berücksichtigen. Massgebend ist aber das objektiv Zumutbare, nicht die subjektive Wertung des Versicherten (ZAK 1982 S. 495, E. 3; Urteil I 105/93 vom 11. März 1994, E. 2a; Meyer-Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, Diss. Bern 1985, S. 189). Die gesetzliche Vorgabe, wonach Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, nicht zumutbar sind, bedeutet nicht, dass eine Vorkehr, die keine solche Gefahr darstellt, automatisch zumutbar ist (ZAK 1985 S. 326, E. 1; Kieser, a.a.O., N 60 zu Art. 21; Meyer-Blaser, a.a.O., S. 138 f.); sie weist aber doch darauf hin, dass nur Gründe von einer gewissen Schwere zur Unzumutbarkeit führen. Die Zumutbarkeit ist sodann in Relation einerseits zur Tragweite der Massnahme, andererseits zur Bedeutung der in Frage stehenden Leistung zu beurteilen. Insbesondere bei medizinischen Massnahmen, die einen starken Eingriff in die persönliche Integrität der versicherten Person darstellen können, ist an die Zumutbarkeit kein strenger Massstab anzulegen (ZAK 1985 S. 325 f., E. 1). Umgekehrt ist die Zumutbarkeit eher zu bejahen, wenn die fragliche Massnahme unbedenklich ist (RKUV 1995 Nr. U 213 S. 68 f., E. 2b). Sodann sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (BGE 113 V 22 E. 4d; SVR 2007 IV Nr. 34 S. 121, E. 3.1; Urteil 8C\_128/2007 vom 14. Januar 2008, E. 3.1 mit Hinweisen).



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 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

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

- a. ihre Erwerbstätigkeit 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).

## E. 2.5

2.5.1 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 256 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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Versicherungssträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der

Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

2.5.2.1 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 örtlichen 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 733/03 vom 6. April 2004, E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 236/06 vom 19. Juni 2006, E. 3.2).

2.5.2.2 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, das heisst 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).

3.2.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Die medizinische Aktenlage stellt sich im Wesentlichen wie folgt dar:

3.1. Dr. med. G. \_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. H. \_\_\_\_, Assistenzarzt der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals I. \_\_\_\_, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 20. März 2001 (Urk. 8/8/21-23) ein am 26. Januar 2001 erlittenes Halswirbelsäulen(HWS)-Distorsionstrauma mit Schwindel, Schlägigkeit und Kopfschmerzen bei einem chronisch vorbestehenden Zerviko-Lumbovertebralsyndrom. Die Beschwerdeführerin sei einige Tage nach dem HWS-Distorsionstrauma stationär zugewiesen worden infolge Exazerbation von Kopfschmerzen, Schwindel, Schlägigkeit und Zittern im linken Arm. Vorbestehend seien chronische Kopfschmerzen, zunehmende Nervosität begleitend mit Schlägigkeit und Schlafstörungen. Unter Tolvon sei dennoch eine leichte Besserung eingetreten bis vor dem neuerdings erlebten Trauma. Die Eintrittsbefunde hätten ein leichtes schmerzbedingtes Gegenspannen in allen Achsen der HWS-Beweglichkeit ergeben. Klinisch und aufgrund der bildschichtgebenden Untersuchung mittels Magnetresonanztomographie (MRT) habe ein entsprechendes Korrelat zu den angegebenen Beschwerden gefehlt. Neurologisch hätten keine Ausfälle objektiviert werden können bei seitengleichen Verhältnissen und erhaltenen Reflexen. Die Untersuchung im Verlauf habe eine aktiv und passiv frei bewegliche Halswirbelsäule ergeben. Zusammenfassend hätten aus rheumatologischer Sicht keine pathologischen Befunde vorgelegen. Eine MRT der Halswirbelsäule habe auf Höhe C6/7 eine lokale Erweiterung des Zentralkanals gezeigt, was eine Normvariante ohne pathologische Bedeutung sei. Die Ärzte attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vom 22. Februar bis am 14. März 2001, gefolgt von einer 50%igen bis am 25. März 2001. Ab dem 26. März 2001 gingen sie von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit aus.

3.2. Dr. med. J. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, '\_\_\_\_', verwies in seinem Bericht vom 16. April 2001 (Urk. 8/8/24-27) auf die starke psychische Reaktion der Beschwerdeführerin, wobei Angstsymptome dominierten. Er diagnostizierte ein Angstsyndrom und brachte (ergänzend) geklagte Gefühlsstörungen auf der linken Körperseite damit in Zusammenhang. Die vor dem Unfall bestehende psychische Labilität habe die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Dr. J. \_\_\_\_, schloss das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aus, auch wenn gewisse Symptome an diese erinnern könnten, und hielt fest, das Beschwerdebild könne nicht vollumfänglich mit der psychischen Dimension in Verbindung gebracht werden.

3.3. Lic. phil. K. \_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, '\_\_\_\_', schilderte in ihrem Bericht vom 17. Juli 2001 (Urk. 8/8/16-18) eine erhöhte Schänglichkeit und Verunsicherung der Beschwerdeführerin. Sie könne nicht mehr allein in einem Zimmer schlafen und leide unter Alpträumen. Eine Verkehrsphobie habe sich zwischenzeitlich zuräckgebildet. Derzeit zeige die Beschwerdeführerin eine Schänglichkeit gegenüber ihrem Kind und fürchte bei geringem Anlass, es könne ihm etwas zustossen. Sie zeige starke soziale Rückzugstendenzen. Grosse Angst bereiten der Beschwerdeführerin auch ihre massiven kognitiven Einschränkungen. Sie könne kurzfristig die zeitliche und räumliche Orientierung verlieren. Die Psychologin attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

3.4. Dr. med. L. \_\_\_\_, Oberarzt, und med. pract. M. \_\_\_\_, Assistenzärztin des Psychiatrie-Zentrums N. \_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin vom 11. bis am 17. Juli 2001 wegen Suizidalität hospitalisiert war, berichteten am 29. Oktober 2001 (Urk. 8/8/13-14) von einer raschen Abstandnahme von Suizidgedanken nach dem Klinikeintritt. Die

Beschwerdeführerin habe angegeben, sich im stationären Rahmen gut von den Problemen, die sie zuhause habe, distanzieren zu können. Die Schmerzsymptomatik sei persistent gewesen. Der Austritt sei bei deutlicher Distanzierung von Suizidwünschen am 17. Juli 2001 vorzeitig erfolgt. Als Schlussdiagnose nannten Dr. L. \_\_\_ und med. pract. M. \_\_\_ eine längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) verstärkt nach Schleudertrauma anfangs des Jahres 2001, diverse somatische Beschwerden unklarer Ätiologie nach Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma am 26. Januar 2001 sowie ein Zerviko-Lumbovertebralsyndrom.

3.5 Dr. med. O. \_\_\_, Facharzt FMH für allgemeine Medizin, Oberarzt, und Dr. med. P. \_\_\_, Abteilungsärztin der Rehaklinik Q. \_\_\_, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 3. Dezember 2001 (Urk. 8/8/5-9) einen Status nach Verkehrsunfall am 26. Januar 2001 mit Halswirbelsäulen-Distorsion mit konsekutiv persistierendem zervikozephalem Symptomkomplex, Lumbalsyndrom, neuropsychologischen Funktionsstörungen, vegetativer Dysregulation sowie Anpassungsstörung bei längerer depressiver Reaktion (Urk. 8/8/5). Die anhaltende Schmerzproblematik habe die Beschwerdeführerin zusammen mit kognitiven Beeinträchtigungen und der vegetativen Dysregulation in ihrer psycho-physischen Belastbarkeit deutlich eingeschränkt. Seit dem 26. Januar 2001 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/8/8). Die therapeutischen Massnahmen hätten die Beschwerden und Befunde kaum beeinflusst. Eine Arbeitsfähigkeit ausser Haus sei momentan unrealistisch (Urk. 8/8/9).

3.6 Dr. B. \_\_\_ stellte in ihrem Kurzgutachten vom 19. Februar 2002 (Urk. 8/101/236-237) zuhanden der Versicherungskasse der Stadt Zürich fest, anschliessend an den Verkehrsunfall habe eine zervikozephalere Schmerzsymptomatik persistiert, begleitet von neuropsychologischen Funktionsstörungen und einer schweren langandauernden depressiven Reaktion. Die Exazerbation der psychischen Problematik sei im Rahmen einer bereits vorbestehenden psychischen Belastungssituation zu interpretieren. Vorderhand bleibe die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig.

3.7 Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt FMH für innere Medizin, speziell Lungenkrankheiten, '\_\_\_', berichtete am 19. September 2002 (Urk. 8/101/269-275), seit dem Unfall seien die Kopfschmerzen konstant begleitet von zerviko-okkipitalen Schmerzen mit Ausstrahlung in die Schultern und Schmerzen entlang der ganzen Wirbelsäule links mehr als rechts, ausstrahlend auch in die linke obere Extremität. Derzeit habe die Beschwerdeführerin Symptome wie Schmerzen okkipital, zervikal links mehr als rechts gegen die Schulter und paravertebral links mehr als rechts, ausstrahlend auch in die linke Schulter, Schwindel, Nausea, depressive Reaktionen, Störungen der Konzentration und des Kurzzeitgedächtnisses, eine Schlafstörung, Ängste und Alpträume. Infolge des Unfalls bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, im Haushalt sei die Arbeitsfähigkeit vielleicht noch zu 30 % gegeben (Urk. 8/101/275).

3.8 Das neurologische Gutachten von PD Dr. C. \_\_\_ und Dr. D. \_\_\_ vom 13. Januar 2004 (Urk. 8/101/239-246) diagnostizierte ein Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma am 26. Januar 2001 nach Autofahrkollision mit/bei (Urk. 8/101/244):

- posttraumatischem chronifiziertem zervikozephalen Schmerzsyndrom;
- Verhaltensauffälligkeiten mit Somatisierungstendenz.

Im Gespräch sei die Beschwerdeführerin neuropsychologisch verhaltensauffällig: impulsiv, affektiv labil, misstrauisch und unkooperativ. Es bestehe eine Druckdolenz mit leichtem Hartspann paravertebral zervikal linksbetont sowie über dem linken Trapezmuskel. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit sei in allen Richtungen schmerzhaft eingeschränkt. Es bestünden keine Hinweise auf fokale neurologische/neuropsychologische Defizite. Seit dem 26. Januar 2001 bestünden belastungsabhängige Hinterkopf- und Nackenschmerzen, ein subjektives Schwindelgefühl sowie Schlaf- und Gedächtnisstörungen. Klinisch-neurologisch lasse sich eine zervikale Myogelose objektivieren. Für eine formale neuropsychologische Untersuchung habe die Kooperation gefehlt, im Gespräch sei jedoch eine Somatisierungstendenz mit auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen ohne Hinweise auf ein fokales hirnganisches Defizit vorgelegen (Urk. 8/101/243). Die Prognose bezüglich Erreichen einer vollständigen Beschwerdefreiheit sei ungünstig (Urk. 8/101/245).

Aus somatisch-neurologischer Sicht bestehe im angestammten Beruf als Krankenschwester maximal eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit infolge des posttraumatischen zervikozephalen Schmerzsyndroms (Urk. 8/101/243). Zumutbar seien körperlich wenig belastende Arbeiten, bei welchen insbesondere das Heben schwerer Lasten vermieden werden können. Ideal seien Arbeitsplätze, die eine häufige Änderung der Körperposition in Form von Sitzen und Stehen sowie der Beschwerdeführerin in einem gewissen Rahmen die selbständige zeitliche Einteilung des Arbeitseinsatzes ermöglichen (Urk. 8/101/245).

3.9 In seinem psychiatrischen Gutachten vom 31. Oktober 2005 (Urk. 8/101/259-264) erwähnte Dr. F. als Diagnose eine abhängige Persönlichkeitsstörung gemäß ICD-10 F60.7 sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäß ICD-10 F45.4 (Urk. 8/101/261). Die depressive Symptomatik sei eine Begleiterscheinung beider Diagnosen. Die auffälligen Gedächtnislücken bezüglich Kindheit und Jugend könnten nicht kodiert werden (Urk. 8/101/261). Die Beschwerdeführerin habe mnestisch gewisse Schwierigkeiten vor allem im Kurzzeit- und Mittellanggedächtnis, die deutlichen Gedächtnisdefizite bzw. Erinnerungsschwierigkeiten für die psychische Situation vor dem Unfallereignis seien auffallend. Affektiv sei eine deutliche depressive Grundstimmung mit Morgentief und Anhedonie sowie Antriebslosigkeit vorhanden. In der Untersuchung seien nach gut einer Stunde plötzlich ein Hitzegefühl im Kopf, ein Druckgefühl im Magenbereich und Schwindel aufgetreten, welche zum vorzeitigen Abbruch der Exploration geführt hätten. Die Beantwortung der Kurzfragebogen habe die Beschwerdeführerin selber nach der Rückkehr nach Hause vornehmen müssen. Die Kurzfragebogen seien vollständig ausgefüllt zurückgeschickt worden. Es habe sich dabei um MDTT-Fragebogen (Margraff Diagnosis and Treatment Tool) gehandelt, die sehr adäquat Störungen der Angst, Depression und Sozialphobie ermitteln könnten. Ihre Auswertung habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin in allen drei Bereichen Zeichen einer sicheren Störung aufweise (Urk. 8/101/260). Radiologisch sei die Unregelmäßigkeit der Bandscheibe auf Höhe C6/7 deutlich sichtbar. Eine Erweiterung des zentralen Spinalkanals auf dieser Höhe könne nicht ohne Weiteres als Normvariante ohne pathologische Relevanz bezeichnet werden (Urk. 8/101/264).

Derzeit sei keine Belastung zumutbar. Wenn schon während eines lockeren Gesprächs plötzlich vegetative Symptome mit Schmerzverstärkung

einschließen, sei unter physischer Belastung keine positive Veränderung anzunehmen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, welche in psychiatrischer Hinsicht frühestens sechs Monate nach dem Unfallereignis begonnen habe (Urk. 8/101/263).

### **E. 3**

Eventuell: Es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, ein medizinisches Obergutachten anzuordnen.

#### **E. 3.10.1**

Dr. med. S. \_\_\_\_, Facharzt FMH für innere Medizin, wies in seinem Teilgutachten im Rahmen des interdisziplinären A. \_\_-Gutachtens vom 3. Juni 2008 (Urk. 8/81) zuhanden der Beschwerdegegnerin darauf hin, die Beschwerdeführerin habe einen Body-Mass-Index von 30.5 kg/m<sup>2</sup> (Urk. 8/81/17). Die Wirbelsäule sei in allen Abschnitten unter Schmerzangabe vermindert beweglich, vor allem links. Es bestehe ein paravertebraler Hartspann vor allem in den oberen Wirbelsäulenabschnitten links, passend zu einer schmerzhaften Verspannung in diesem Abschnitt (Urk. 8/81/18).

#### **E. 3.10.2**

Dr. med. T. \_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie FRSM London, erwähnte in dem von ihm im Rahmen des interdisziplinären A. \_\_-Gutachtens vom 3. Juni 2008 (Urk. 8/81) zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten Teilgutachten eine dekonditionierte Haltemuskulatur und eine etwas schlaffe (psychomotorische) Tonisierung. Die Bewegungsabläufe seien deutlich (psychomotorisch) verlangsamt. Beim Aus- und Ankleiden seien keine Schonbewegungen, Koordinationsstörungen oder durch Lähmungen bedingte Schwierigkeiten erkennbar gewesen. Bei der Kraftprüfung sei die Mitarbeit mangelhaft gewesen bzw. habe die Beschwerdeführerin bewusst zu täuschen versucht. Der klinisch-neuropsychologische Befund war weitgehend unauffällig (Urk. 8/81/20).

#### **E. 3.10.3**

In ihrem Teilgutachten, das sie im Rahmen des interdisziplinären A. \_\_-Gutachtens vom 3. Juni 2008 (Urk. 8/81) zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellte, stellte Dr. med. U. \_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die Denkabläufe seien bei der Beschwerdeführerin formal verlangsamt sowie eingengt auf ihre gesundheitlichen Beschwerden gewesen. Die Grundstimmung habe insgesamt deutlich dysphorisch missgestimmt und unzufrieden gewirkt. Es hätten sich Hinweise für eine allgemeine Lebensmüdigkeit ergeben. Die affektive Modulationsfähigkeit habe ein deutlich reduziertes Spektrum affektiver Tönungen im Sinne einer Affektarmut erkennen lassen. Im Vordergrund sei eine dysphorische Affektivität, Unzufriedenheit und Desinteresse gestanden. Reizbarkeit und unterschwellige Aggressivität seien sehr deutlich spürbar gewesen. Der Antrieb sei leicht bis mässig vermindert gewesen, die Beschwerdeführerin habe verlangsamt, adynam und phlegmatisch gewirkt (Urk. 8/81/21).

#### **E. 3.10.4**

Dr. phil. V. \_\_\_\_, Neuropsychologie FSP, erwähnte in seinem im Rahmen des interdisziplinären A. \_\_-Gutachtens vom 3. Juni 2008 (Urk. 8/81) zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten Teilgutachten, die Kooperation der Beschwerdeführerin sei klinisch eindeutig nicht optimal gewesen (Urk. 8/81/22-23). Hingegen hätten sich

keine Hinweise auf Verhaltensweisen ergeben, die als Ausdruck einer geistigen Störung zu verstehen gewesen wären. Die psychomotorischen Reaktionszeiten seien im tonischen und phasischen Teil der Alertnessaufgabe schwer verlangsamt, die im Green's Word Memory Text erbrachten Leistungen seien neuropsychologisch nicht nachvollziehbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe desinteressiert und latent aggressiv gewirkt, sie sei nachweislich nicht ausreichend kooperativ und sichtlich nicht um gute Testleistungen bemüht gewesen (Urk. 8/81/23).

3.10.5 Zusammenfassend nannten Dr. T.\_\_\_\_, Dr. S.\_\_\_\_, Dr. U.\_\_\_\_ und Dr. phil. V.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/81/32):

- leichte Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Schwerpunkten im zervikozephalen, zervikobrachialen und lumbalen Bereich mit erheblicher funktioneller Überlagerung durch nicht medizinisch begründbare aggravatorische und simulatorische Verhaltensweisen (ICD-10 Z76.6) als chronifiziertes zervikozephalales Schmerzsyndrom nach Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma im Jahre 2001 mit anhaltenden leichten funktionellen Beeinträchtigungen im Sinne muskulärer Verspannungen, sekundärer Verkürzungen der tonischen Schulter-Nacken-Muskulatur und Spannungskopfschmerzen (ICD-10 F45.4);

- Dysthymia (ICD-10 F34.1).

Auf somatischem Gebiet lasse sich derzeit keine nennenswerten, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigenden körperlichen Störungen feststellen. Die leichten funktionell-muskulären, den Schulter-, Nacken- und Kopfbereich betreffenden Spannungszustände, die daraus resultierenden Schmerzen und die festgestellten muskulären Dysbalancen in diesem Bereich seien für leichte bis höchstens mittelschwere berufliche Tätigkeiten nicht limitierend. Die geringfügigen somatischen Befunde erklärten nicht annähernd das Ausmass der Beschwerden und die daraus abgeleitete bzw. geltend gemachte subjektive Invalidisierung (Urk. 8/81/29). Es handle sich vorliegend um eine ganz massgeblich durch externe, psychosoziale und soziokulturelle Faktoren entstandene leichtere Form einer somatoformen Störung, der nur ein sehr eingeschränkter Krankheitswert zukomme. Die Schmerzerdungung sei zumutbar. Für die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Störungen der geistigen Funktionen habe sich kein organischer neurologischer Hintergrund feststellen lassen. Auch die leichte affektive Störung in Form einer Dysthymia sei in hohem Mass durch externe Faktoren bedingt (Urk. 8/81/31). Die Beschwerdeführerin stehe angesichts ihrer psychosozialen Situation - nun als Mutter von fünf Kindern - erheblich unter Druck und benötige einen Grossteil ihrer Kräfte für die Kinderbetreuung. Die Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin würden vor allem durch externe Faktoren aufrecht erhalten werden, welche sich in den nächsten Jahren nicht wesentlich verändern dürften (Urk. 8/81/34).

Aufgrund der leichten Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Schwerpunkt im zervikozephalen, zervikobrachialen und lumbalen Bereich sowie aufgrund der funktionellen muskulären Verspannungen und Dysbalancen im Schulter-Nacken-Bereich seien schwere körperliche Belastungen wie z.B. das repetitive beidhändige Heben und Tragen von Lasten über 20 kg, repetitive Arbeiten auf überkopfhöhe und Arbeiten, die Zwangshaltungen des Kopfes bedingen, zu

vermeiden. In der angestammten Tätigkeit wäre somit das Anheben von bettlägerigen Patienten nicht mehr regelmässig zumutbar, weshalb hier die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin um den entsprechenden Anteil zu vermindern wäre. Mit entsprechenden Anpassungen könnte die bisherige Tätigkeit einer Krankenschwester medizinisch-theoretisch mit vollem zeitlichem Pensum an fünf Tagen der Woche ausgeübt werden. Innerhalb dieses Arbeitszeitrahmens sei aufgrund der kumulativen Auswirkung der Schmerzen im Verlauf eines Arbeitstages sowie einer leichten Verminderung der physischen Belastbarkeit von einer Verminderung der Leistungsfähigkeit auf 90 % auszugehen (Urk. 8/81/32). In einer angepassten leichten Tätigkeit wäre die Beschwerdeführerin hingegen schon im Jahre 2001 voll und ohne Leistungseinbussen einsetzbar gewesen. Die von der Beschwerdeführerin subjektiv geltend gemachte volle Arbeitsunfähigkeit könnte medizinisch nicht begründet werden, sondern hänge primär mit psychosozialen Faktoren und persönlichen Gründen - es handle sich um eine alleinerziehende Mutter von fünf Kindern - zusammen (Urk. 8/81/32-33).

3.11 In seinem Bericht vom 30. September 2008 (Urk. 8/100) hielt Dr. F. fest, es hätten beim Unfall erhebliche schädigende Faktoren auf Kopf/Hals der Beschwerdeführerin eingewirkt, das erlittene Trauma sei erheblich (S. 1). Bei der Beschwerdeführerin sei in Bezug auf das Ausmass der Syrinx die lokale Erweiterung im Rückenmark (Syringomyelie) nicht sehr gross gewesen und eben sehr zentral. Der dokumentierte Bandscheibenschaden C6/7 stelle sehr wohl eine Verletzung der umgebenden Gewebe dar. Die Lage und insbesondere das monosegmentale Auftreten des Bandscheibenschadens ohne Hinweise auf degenerative Veränderungen wiesen wohl auf eine posttraumatisch erworbene Schädigung hin (S. 6). Bei der Beschwerdeführerin hätten jahrelang Kopfschmerzen ohne Erklärung sowie in der Folge psychische und psychosomatische Symptome bestanden, wobei keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Die Beschwerdeführerin habe möglicherweise eine gewisse psychische Labilität ohne Krankheitswert gehabt, der Unfall und das folgende chronifizierte Schmerzerleben ohne Wahrnehmung von aussen eine anhaltende psychische Persönlichkeitsänderung gemäss ICD-10 F62 bewirkt (S. 7). Das Verhalten der Beschwerdeführerin entspreche einer Persönlichkeitsstörung. Eine somatische Ursache der Schmerzen habe aber bis heute nicht ausgeschlossen werden können (S. 8).

3.12 Am 16. Januar 2010 hielt Dr. W. fest (Urk. 8/117/5), die Haushaltabklärung vom 19. März 2009 (Urk. 8/116) sei nachvollziehbar und plausibel. Es sei eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit unter Beachtung der körperlich funktionellen Einschränkungen bei zervikozepalem Schmerzsyndrom dargelegt, eine massgebliche invaliditätsrelevante psychische Störung sei nicht ausgewiesen. Bei schweren Tätigkeiten im Haushalt könne eine Einschränkung analog der Einschränkungen bei der Erwerbstätigkeit angenommen werden.

#### 4.1.1.1.1

4.1.1.1 Die Beschwerdeführerin erklärte gegenüber den A.-Gutachtern, sich aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation nicht vorstellen zu können, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, weder in ihrem angestammten Beruf als Krankenschwester noch in irgendeiner anderen beruflichen Tätigkeit. Sie könne nicht einmal den Haushalt und ihre Aufgaben als Mutter selbstständig erledigen (Urk. 8/81/11). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der

Restarbeitsfähigkeit die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin nicht entscheidend ist. Massgebend ist die medizinisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wobei es sich hierbei um eine medizinisch-theoretische Beurteilung handelt, weshalb nicht entscheidend ist, ob eine versicherte Person die ihr aufgrund der medizinischen Befunde und Diagnosen an sich mögliche Arbeitsfähigkeit auch tatsächlich verwertet.

4.2.1.1 Das interdisziplinäre A.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. Juni 2008 beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin umfassend auseinander. Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen der Experten ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die praxisgemässen Anforderungen (E. 2.5.1) vollumfänglich, sodass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

4.2.1.1.1 In somatischer Hinsicht erachtete das A.\_\_\_\_-Gutachten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin lediglich durch ein chronifiziertes zervikozephalales Schmerzsyndrom als betroffen, wobei sich keine nennenswerten, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigenden körperlichen Störungen feststellen liessen. Für leichte bis höchstens mittelschwere berufliche Tätigkeiten ergab sich keine Limitation, bloss schwere körperliche Belastungen seien zu vermeiden. Mit entsprechenden Anpassungen - kein regelmässiges Anheben von bettlägerigen Patienten mehr - könne daher auch die angestammte Tätigkeit als Krankenschwester ausgeübt werden, wobei hier jedoch von einer Verminderung der Leistungsfähigkeit auf 90 % auszugehen sei (E. 3.10).

1.1.1.1 Diese Beurteilung in somatischer Hinsicht deckt sich im Wesentlichen mit derjenigen der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals I.\_\_\_\_, die kurz nach dem Unfall keinerlei objektivierbare pathologische Befunde erheben konnte (E. 3.1). Sie entspricht auch dem neurologischen Gutachten von PD Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2004, die klinisch-neurologisch einzig eine zervikale Myogelose objektivierten und ebenfalls ein zervikozephalales Schmerzsyndrom diagnostizierten. Wenn Dr. F.\_\_\_\_ diese Befundlage in Frage stellt und eine Syringomyelie und damit verbundene somatisch begründbare Einschränkungen diskutiert (E. 3.11), bewegt er sich ausserhalb seines Fachgebietes der Psychiatrie und Psychotherapie, weshalb seine Bedenken keine Zweifel an die sowohl von rheumatologischer als auch neurologischer Seite übereinstimmend - und mehrfach - erfolgte fachärztliche Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu wecken vermögen.

4.2.2.1 In psychiatrischer Hinsicht erkannte das A.\_\_\_\_-Gutachten einzig auf eine Dysthymie sowie auf eine leichtere Form einer somatoformen Schmerzstörung mit sehr eingeschränktem Krankheitswert (E. 3.10.5). Damit stellt es sich in Widerspruch zu mehreren früheren psychiatrischen Beurteilungen, namentlich derjenigen von lic. phil. K.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2001 (E. 3.3) und Dr. F.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2005 (E. 3.9), die beide eine vollständige Arbeitsunfähigkeit anerkannt hatten. Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte eine abhängige Persönlichkeitsstörung sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und erachtete die depressive Symptomatik als Begleiterscheinung beider Diagnosen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch in psychiatrischer Hinsicht verdient die Berteilung des A.\_\_\_\_-Gutachtens den Vorzug. Wenn sowohl Dr. T.\_\_\_\_ in seiner neurologischen als auch Dr. V.\_\_\_\_ in seiner neuropsychologischen Untersuchung bei ihren Tests eine bewusste Täuschungsabsicht bzw. nachweislich fehlende Kooperation festgestellt hatten und beim Aus- und Ankleiden keine Schonbewegungen oder Koordinationsstörungen bemerkten (E. 3.10.2 und E. 3.10.4) und daraus nachvollziehbar auf gezielte, aggravatorische und simulatorische Verhaltensweisen schlossen (Urk. 8/81/31), erscheint es nachvollziehbar, dass sie die somatisch nicht erklärbaren Beschwerden und Schmerzen nur mit Zurückhaltung anerkannten, bei der entsprechenden psychiatrischen Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sehr zurückhaltend gewesen sind und ihr nur sehr eingeschränkten Krankheitswert zumassen (E. 3.10.5). Die entsprechenden Überlegungen gelten für die zusätzlich in Frage stehende affektive Störung (depressive Störung, Dysthymie): Je weniger sich ein Gutachter auf die Angaben der Explorandin verlassen kann, um so mehr wird er sich nicht auf diese Angaben, sondern in erster Linie auf seine klinischen Beobachtungen abstützen - was im Übrigen auch der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entspricht (Urteil des Bundesgerichts I 391/06 vom 9. August 2006, E. 3.2.2) - und nur mit Zurückhaltung eine krankheitswertige Einschränkung anerkennen. Hinzu kommt, dass einzig im A.\_\_\_\_-Gutachten klar zwischen nicht invalidisierenden psychosozialen und soziokulturellen Faktoren einerseits und krankheitswertiger psychischer Einschränkung andererseits unterschieden wird (vgl. dazu BGE 127 V 299 E. 5a). In diesem Lichte kann der Bericht von lic. phil K.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2001 die Beurteilung des A.\_\_\_\_-Gutachtens nicht erschüttern, erschieft sich dieser Bericht doch im Wesentlichen auf die Wiedergabe der Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 8/8/16-18 und E. 3.3). Im Psychiatriezentrum N.\_\_\_\_ wiederum wurde ärztlicherseits festgestellt, dass die Beschwerdeführerin rasch von Suizidgedanken Abstand nahm und sich gut von den Problemen, die sie zuhause habe, habe distanzieren können (E. 3.4), was ein klares Indiz für ein Vorherrschen soziokultureller und psychosozialer Belastungsfaktoren darstellt. Was schliesslich das psychiatrische Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2005 anbelangt (E. 3.9), stellte dieser offenbar massgeblich auf die Fragebogentests ab, die er der Beschwerdeführerin zum Ausfüllen mit nach Hause gegeben hatte, weshalb seine Ergebnisse das A.\_\_\_\_-Gutachten ebenfalls nicht zu erschüttern vermögen. Damit hat es mit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht (E. 4.2.1) sein Bewenden.

4.2.3Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Krankenschwester in Bezug auf Schwerarbeit - worunter regelmässiges Anheben von bettlägerigen Patienten gehört - dauerhaft zu 100 % eingeschränkt ist. Im Übrigen ist ihr die Tätigkeit als Krankenschwester nach wie vor zumutbar, wenn auch bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von bloss 90 % und einer beschränkten Umsetzbarkeit dieser verbleibenden Arbeitsfähigkeit im Arbeitsmarkt. Zu 100 % zumutbar ohne Leistungseinbussen sind sämtliche behinderungsangepassten, körperlich leichten und/oder mittelschweren Tätigkeiten (Urk. 8/81/33).

5.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf den Abklärungsbericht vom 19. März 2009 (Urk. 8/116) geht die Beschwerdegegnerin von einer Einschränkung der Beschwerdeführerin im Haushalt von 27 % bei einem Aufgabenbereichsanteil von 30 % ab November 2002 sowie von 31.25 % bei einem Aufgabenbereichsanteil von 50 % aus (Urk. 2 S. 2-4).

Â Â Â Â Â Â Â Â Bis am 13. Oktober 2002 wÃ¤re die BeschwerdefÃ¼hrerin zu 100 % einer ausserhÃ¤uslichen ErwerbstÃ¤tigkeit nachgegangen (Urk. 2 S. 2).

5.1 Â Â Â Â Im Rahmen der HaushaltabklÃ¤rung gab die BeschwerdefÃ¼hrerin an, sie leide unter chronischen, in der IntensitÃ¤t unterschiedlichen Schmerzen, die meist im Nacken und der linken Schulter lokalisiert seien, aber wechselnd den ganzen linken KÃ¶rperbereich betrÃ¶fen. Ca. ein bis zwei Stunden nach dem Aufstehen mÃ¼sse sie sich jeweils wieder etwas hinlegen. UngefÃ¤hr alle zwei Wochen mÃ¼sse sie infolge zu grossen Schmerzes ganztags im Bett bleiben. Es sei immer jemand da, der die Kinderbetreuung sicherstelle und die Haushaltsarbeiten verrichte (Urk. 8/116/1). Getrennt vom Ehegatten lebe sie allein von den RenteneinkÃ¼nften. Die verschiedenen Helferinnen wÃ¼rden unentgeltlich arbeiten, die AA. \_\_\_ bezahle eine Putzfrau. Zum Unfallzeitpunkt sei sie alleinerziehende Mutter eines Kleinkindes und zu 100 % erwerbstÃ¤tig gewesen. Sie habe daran ehemals nichts verÃ¤ndern wollen. Ihre Mutter sei fÃ¼r die Kinderbetreuung zustÃ¤ndig gewesen. Ab dem Jahr 2002 wÃ¤re sie infolge der Geburt des zweiten Kindes und der dann nÃ¶tigen eigenen Kinderbetreuung nicht mehr zu 100 % erwerbstÃ¤tig gewesen. Im Gesundheitsfall hÃ¤tte sie damals zu 70 % erwerbstÃ¤tig sein wollen (Urk. 8/116/2). Seit der Drillingsgeburt habe sich nochmals alles grundlegend geÃ¤ndert, die Aufgabe sei ohne massive Dritthilfe kaum zu bewÃ¤ltigen. Die gesamte Familie beteilige sich an der Kinderbetreuung. Auch bei guter Gesundheit wÃ¤re sie allein vÃ¶llig Ã¼berfordert. Im Gesundheitsfalle hÃ¤tte sie fÃ¼r die Kinderbetreuung auf die UnterstÃ¼tzung der Verwandtschaft gezÃ¶hlt und halbtags gearbeitet. Bei fehlender UnterstÃ¼tzung durch die Familie hÃ¤tte sie zu 100 % daheim bleiben mÃ¼ssen und wÃ¤re in diesem Fall vollstÃ¤ndig auf die UnterstÃ¼tzung durch das Sozialamt angewiesen gewesen (Urk. 8/116/3). Ihre EinschrÃ¤nkungen hÃ¤tten sich seit Jahren nicht verÃ¤ndert, die VerÃ¤nderung im Haushalt sei Folge der Drillingsgeburt. Im Bereich der HaushaltfÃ¼hrung werde alles von den Helferinnen organisiert. Meist seien die SchwÃ¤gerin oder ihr Bruder dafÃ¼r verantwortlich, dass die Termine eingehalten wÃ¼rden (Urk. 8/116/5). Im ErnÃ¤hrungsbereich koche sie etwa einmal wÃ¶chentlich, wobei sie abends regelmÃ¤ssig eine kleine Mahlzeit bereit mache. Kochen und Kinderbetreuung gleichzeitig sei nahezu unmÃ¶glich. Bereits vor der Drillingsgeburt sei jemand zum Kochen gekommen, woran sich nichts verÃ¤ndert habe. Es koche eine Nachbarin, die Schwiegermutter oder sie selbst. Die kochende Person decke auch den Tisch. Sie selbst kÃ¶nne keine schweren Pfannen heben und nicht abschÃ¼tten. Wenn es ihr gut gehe, rÃ¤ume sie den GeschirrspÃ¼ler ein und aus. Die Bodenpflege Ã¼bernehme die Putzfrau. FÃ¼r grÃ¶ndliche Putzarbeiten fehle die Zeit, bei Gelegenheit habe sie aber derartige Arbeiten verrichtet (Urk. 8/116/5). Im Bereich Wohnungspflege wÃ¼rden die erforderlichen Arbeiten von der Putzfrau erledigt, welche zweimal wÃ¶chentlich fÃ¼r jeweils zwei Stunden in die Wohnung komme. Wenn sie selbst sich gut fÃ¼hle, rÃ¤ume sie auf. Die Ã¤lteren TÃ¶chter mÃ¼ssten altersgerecht ihre Spielsachen selbst wegrÃ¤umen. Die Bettkissen und LeintÃ¼cher wechsele sie selbst, die Duvets mÃ¼ssten von Dritten bezogen werden. Im Bereich Einkauf und weitere Besorgungen besorge sie kleinere EinkÃ¤ufe selbst. Sie habe weder ein Auto noch einen Einkaufswagen. Alle schwereren Waren wÃ¼rden vom Bruder oder den SchwÃ¤gerinnen gebracht. Alles Administrative erledige der Bruder fÃ¼r sie. Im Bereich WÃ¤sche und Kleiderpflege sortiere sie die WÃ¤sche, wenn sie sich gut fÃ¼hle. Manchmal befÃ¼lle sie die Waschmaschine selbst. Die nasse WÃ¤sche kÃ¶nne sie nicht in den Tumbler geben, weil sie zu schwer sei und der Bewegungsablauf zu Schwindel fÃ¼hre. Zusammenlegen kÃ¶nne

sie die Wünsche selbst, das Versorgen sei Aufgabe der Tochter. Bängelwünsche gebe es kaum, dies erledige die Putzfrau. Flecken könne sie selbst. Für saubere Schuhe müsse sie zusammen mit den Töchtern sorgen (Urk. 8/116/6). Die Betreuung der älteren Kinder durch sie empfinde sie als mangelhaft. Sie tue sich z.B. schwer mit der Aufgabenhilfe, sie könne sich nicht genügend konzentrieren. Freizeitunternehmungen mit den älteren Kindern seien selten. Die Töchter wären gern in einem Fussballklub, was wegen dem fehlenden Auto nicht möglich sei. Im Gesundheitsfall hätte sie sich gern an der Betreuung des vor der Drillingsgeburt verstorbenen Vaters beteiligt. Seit dieser Geburt habe sich der häusliche Alltag stark verändert. Die Kinder würden eher fremdbetreut, da sie viel liege oder selbst spazieren gehe. Die drei Kleinkinder seien schwer zu heben, was für sie schwierig sei. Ohnehin sei es kaum möglich, alle Kinder allein zu betreuen (Urk. 8/116/7).

Die abklärende Person merkte zur von der Beschwerdeführerin angegebenen Pensumsreduktion auf 70 % im Jahre 2002 an, es sei anzunehmen, dass die Schwiegermutter die Kinderbetreuung übernommen hätte, da diese real bis heute stark im Haushalt und der Kinderbetreuung präsent sei. Die Familie hätte wohl ihre Hilfe im Gesundheitsfalle auch nach der Drillingsgeburt angeboten. Die Beschwerdeführerin sei bis zur Geburt des zweiten Kindes als zu 100 % erwerbstätig, anschliessend bis zur Drillingsgeburt im Jahre 2008 als zu 70 % erwerbstätig und zu 30 % im Haushalt tätig, danach als zu 50 % erwerbstätig und zu 50 % im Haushalt tätig zu qualifizieren (Urk. 8/116/3). Es wäre der Beschwerdeführerin zuzumuten, die Tätigkeiten im Bereich Haushaltsführung mit der Zuhilfenahme einfacher Hilfsmitteln selbst zu erledigen, weshalb hier keine anrechenbare Einschränkung bestehe. Im Ernährungsbereich wäre es der Beschwerdeführerin zumutbar, einfache Mahlzeiten selbst zuzubereiten (Urk. 8/116/5). Fast die gesamte Wohnungspflege werde von der Putzfrau erledigt. Aufgrund der vorliegenden gesundheitlichen Probleme könne davon ausgegangen werden, dass alle schweren Tätigkeiten aus diesem Bereich als Einschränkung angerechnet werden könnten, was 50 % aller Tätigkeiten entspreche. Nach der Drillingsgeburt hätten sich weder die Tätigkeiten noch die dazu gehörenden Einschränkungen verändert. Die Gewichtung des Bereichs falle aber anders aus, da die Kinderbetreuung nun einen wesentlich höheren Prozentsatz zugesprochen erhalte. Im Bereich Einkauf und weitere Besorgungen sei es nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdeführerin ihre administrativen Arbeiten nicht selbst erledige, vieles könne mittels Daueraufträge gelöst werden. Ebenso sei es nicht nachvollziehbar, weshalb sie zum Einkaufen keinen Einkaufswagen benutze. Auf diese Weise könne sie ihre Einkäufe bis auf sehr schwere Waren selbst übernehmen. Im Bereich Wünsche und Kleiderpflege seien als Einschränkung die selten auftretenden Bängelarbeiten sowie das Umfüllen schwerer nasser Bettwäsche anrechenbar. Alle anderen Tätigkeiten aus diesem Bereich seien der Beschwerdeführerin zuzumuten (Urk. 8/116/6). Im Bereich der Betreuung von Kindern oder anderen Familienangehörigen wäre sie im Gesundheitsfall halbtags erwerbstätig und müsste in der restlichen Zeit ebenfalls Hilfe bei der gleichzeitigen Versorgung der Kleinkinder bekommen (Urk. 8/116/7). Die abklärende Person bemasse die Einschränkung im Haushaltsbereich ab dem Jahr 2002 bis am 31. Januar 2008 mit 27 % bei einem Haushaltsbereichanteil von 30 %, danach mit 31.25 % bei einem Haushaltsbereichanteil von 50 % (Urk. 8/116/8).

5.2.2.2 Der Abklärungsbericht vom 19. März 2009 (E. 6) erfüllt die in E. 2.5.2 angeführten Kriterien. Insbesondere ist nicht zu bemängeln, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zugestanden hat (Urk. 2 S. 6), im Gesundheitsfall einer 50%igen ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachzugehen, ohne zu berücksichtigen, dass dies in der Hausabwesenheit ebenfalls eine Kinderbetreuung durch die Familiengemeinschaft oder durch Dritte erfordert hätte. Ferner ist auch nicht zu bemängeln, dass sich die Beschwerdeführerin bei der Mitarbeit von Familienangehörigen so einrichten muss, als wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären (vgl. Urk. 2 S. 6). Im Ernährungsbereich rechtfertigt sich die Anrechnung einer Einschränkung von lediglich 25 %, da hier bloss die schweren Arbeiten unzumutbar sind (vgl. E. 6), womit die Beschwerdegegnerin zurecht keine höhere Einschränkung zugestanden (vgl. Urk. 2 S. 6). Die Beschwerdeführerin bleibt im Bereich Wohnungspflege zu 50 % eingeschränkt, da sie alle schweren Tätigkeiten nicht vornehmen kann (vgl. E. 6.1). Ab dem Zeitpunkt der Drillingsgeburt ist der Wohnungspflegebereich jedoch infolge des maximalen Zeitaufwandes für die Kindesbetreuung auf einen Anteil von bloss noch 10 % anzusetzen (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 22. März 2011, Rz 3086). Im Bereich Einkauf ist die Beschwerdeführerin gesundheitsbedingt nur in Bezug auf den Transport schwerer Waren eingeschränkt (vgl. E. 6.1), die Einschränkungen durch die Kleinkinder sind nicht gesundheitsbedingt, womit die anrechenbare Einschränkung lediglich 20 % beträgt. Der Bereich Wäsche und Kleiderpflege kann maximal zu 20 % angerechnet werden (vgl. KSIH Rz 3086), weshalb die Einschränkungen in Bezug auf die selten auftretenden Bälgarbeiten sowie das Umfüllen schwerer nasser Bettwäsche (vgl. E. 6.1) nur in diesem Rahmen berücksichtigt werden können. Im Bereich der Kinderbetreuung können ebenfalls bloss gesundheitsbedingte Einschränkungen, so insbesondere bezüglich des erhobten Anteils des Hebens und Tragens der Kinder, berücksichtigt werden. Auf den Abklärungsbericht vom 19. März 2009 kann somit vollumfänglich abgestellt werden.

6.2.2.2 Damit kann nun geprüft werden, wie sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht bzw. auf den Invaliditätsgrad auswirkt.

6.1.2.2 Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.2 in fine, BGE 128 V 169). Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Veröffentlichungserlass zu berücksichtigen (BGE 129 V 222).

2.2.2.2 Vorliegend ist die Wartezeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 IVG im Januar 2001 (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1) eröffnet worden und ein Jahr später, im Januar 2002, abgelaufen. Mithin sind für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Jahre 2002 massgebend.

6.2.2.2 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 E. 4.3.1 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin verdiente gemäss IK-Zusammenzug vom 9. Juli 2002 (Urk. 8/11) im Jahre 2001 in einem Pensum von 100 % - höher als im Jahre 2000, in welchem der Gesundheitsschaden noch nicht bestand - Fr. 65'994.--, nach Angaben des ehemaligen Arbeitgebers Krankenhaus Y. vom 15. Juli 2002 (Urk. 8/12) rund Fr. 67'795.--. Zugunsten der Beschwerdeführerin ist auf diese Angaben abzustellen.

6.2.1 Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2002 (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Frauen [T1.2.93], Abschnitt M,N,O, 1993: 100, 2001: 108.3, 2002: 110.6) ergibt sich ausgehend vom Jahresverdienst 2001 ein Jahresverdienst im Jahre 2002 von gerundet Fr. 69'234.-- (Fr. 67'795.-- : 108.3 x 110.6).

6.2.2 In einem Pensum von nurmehr 70 % - die Beschwerdeführerin wäre ab November 2002 nur noch in diesem reduzierten Pensum erwerbstätig gewesen (vgl. Urk. 8/116) - ergibt sich im Jahre 2002 ein Jahresverdienst von gerundet Fr. 48'464.--.

6.2.3 Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2008 (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Frauen [T1.2.93], Abschnitt M,N,O, 1993: 100, 2001: 108.3, 2008: 120.5) ergibt sich ausgehend vom Jahresverdienst 2001 ein Jahresverdienst im Jahre 2008 von gerundet Fr. 75'432.-- (Fr. 67'795.-- : 108.3 x 120.5), bei einem Pensum von 50 % (vgl. Urk. 8/116) von rund Fr. 37'716.--.

### 6.3

6.3.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes 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 Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 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 2009 von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2010 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

6.3.1.1 Der Beschwerdeführerin steht eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es rechtfertigt sich daher, zur Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen. Gemäss LSE des Jahres 2002,

Tabellengruppe TA1, Rubrik **■Total■**, Niveau 4,

betrug das Einkommen für Frauen total im Anforderungsniveau 4 monatlich Fr. 3'820.-- (inkl. 13. Monatslohn, bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden), was bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahre 2002 ein Invalideneinkommen von Fr. 47'788.-- ergibt (Fr. 3'820.-- : 40 x 41.7 x 12).

6.3.1.2 Bei einem Pensum von 70 % ergibt sich somit im Jahre 2002 ein Invalideneinkommen von Fr. 33'452.--.

6.3.1.3 Gemäss LSE des Jahres 2008, Tabellengruppe TA1, Rubrik **■Total■**, Niveau 4,

betrug das Einkommen für Frauen total im Anforderungsniveau 4 monatlich Fr. 4'116.-- (inkl. 13. Monatslohn, bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden), was bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden im Jahre 2008 ein Invalideneinkommen von Fr. 51'368.-- (Fr. 4'116.-- : 40 x 41.6 x 12) bzw. von Fr. 25'684.-- bei einem 50 %-Pensum ergibt.

6.3.2 **■** 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 nunmehr 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 E. 5.2).

**■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■** Die Beschwerdegegnerin nahm in ihrer Verfügung einen behinderungsbedingten Abzug von 10 % vor, welche sie mit vermehrtem Pausenbedürfnis begründete (Urk. 2 S. 2-4). Die Beschwerdeführerin wendet gegen diesen Abzug nichts ein (vgl. Urk. 1; Urk. 19). Vorliegend wurden bei der Bemessung des Invalideneinkommens statistische Werte berücksichtigt, weshalb grundsätzlich nur ein Abzug für leidensbedingte Faktoren in Frage kommt. Da die Beschwerdeführerin auf Arbeitsstellen angewiesen ist, die infolge der kumulativen Auswirkung der Schmerzen im Verlauf eines Arbeitstages und infolge einer leichten Verminderung der physischen

Belastbarkeit einem vermehrtem Pausenbedarfsrechnung tragen (vgl. E. 3.10.5), muss sie auf Grund ihres Leidens im Vergleich zu Gesunden mit einer gewissen Lohneinbusse rechnen. Gemäss der höchststrichterlichen Rechtsprechung ist das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Ein solcher Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; Urteil 9C\_121/2008 vom 4. August 2008, E. 5.1). Besteht nur eine Einschränkung in Bezug auf ein vermehrtes Pausenbedarfs, erscheint angesichts eines solchen ausgeglichenen Arbeitsmarktes die Vornahme eines leidensbedingten Abzuges vom Tabellenlohn im Umfang von 10 % als gerechtfertigt. Unter Berücksichtigung des Leidensabzuges ergibt sich mithin ein Invalideneinkommen von rund Fr. 43'009.-- (Fr. 47'788.-- x 0.9) für die Zeit von Januar 2002 bis November 2002, von rund Fr. 30'107.-- (Fr. 33'452.-- x 0.9) für die Zeit von November 2002 bis Ende Januar 2008 sowie von rund Fr. 23'116.-- (Fr. 25'684.-- x 0.9) ab Februar 2008.

#### 6.4

6.4.1.1. Für die Zeit ab Entstehung des Rentenanspruchs im Januar 2002 bis im November 2002 ergibt der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 69'234.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 43'009.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 26'225.--, womit ein Invaliditätsgrad von gerundet 38 % resultiert.

6.4.2.1. Für die Zeit von November 2002 bis Ende Januar 2008 ergibt der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 48'464.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 30'107.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 18'357.--, womit ein Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von gerundet 38 % resultiert.

6.4.3.1. Für die Zeit ab Februar 2008 ergibt der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 37'716.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 23'116.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'600.--, womit ein Invaliditätsgrad von gerundet 39 % resultiert.

7. Die Einschränkungen vom Januar 2002 bis im November 2002 im Erwerbsbereich von 38 % bei vollzeitiger Erwerbstätigkeit ergeben einen (Gesamt-)Invaliditätsgrad von 38 %, die Einschränkungen vom November 2002 bis Ende Januar 2008 im Erwerbsbereich von 38 % und im Haushalt von 27 % einen Gesamtinvaliditätsgrad von 34.7 % ( $0.7 \times 38 \% + 0.3 \times 27 \%$ ) und die Einschränkungen ab Februar 2008 im Erwerbsbereich von 39 % und im Haushalt von 31.25 % einen Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 35 % ( $0.5 \times 39 \% + 0.5 \times 31.25 \%$ ; zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2). Die Gesamtinvaliditätsgrade liegen allesamt unter dem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 40 %. Somit hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint, womit die Beschwerde abzuweisen ist.

#### E. 4

Es seien sämtliche Gerichts- und Anwaltskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. ■

Die Beschwerdegegnerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2010 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Replik vom 13. September 2010 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (Urk. 12). Mit Schreiben vom 28. September 2010 verzichtete die Beschwerdegegnerin - unter Hinweis auf einen offensichtlichen Falschdruck der vierten Replikseite - auf Duplik (Urk. 16), was der Beschwerdeführerin am 30. September 2010 mitgeteilt wurde (Urk. 17). Mit Eingabe vom 6. Oktober 2010 reichte die Beschwerdeführerin ihre Replik vom 13. September 2010 mit der richtigen vierten Seite nochmals ein (Urk. 18).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

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 angefochtene Verfügung ist am 23. März 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; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts 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.

2.

## E. 8

Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden

Fassung). Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen, welche gemäss dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Advokat Dr. Claude Schnüriger

- 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.