

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00179 vom 22. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00179

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00179 du 22 août 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00179 del 22 agosto 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

1.2. 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).

1.3. Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, 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 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 Teilinvaliditätsraten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.4 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).

2.1

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin ihrer Tätigkeit als Mitarbeiterin bei der Z. ___ zu einem Pensum von 50 % nachgehen und die restlichen 50 % somit auf den Aufgabenbereich entfallen würden. In medizinischer Hinsicht kam sie gestützt auf das Y. ___-Gutachten vom 1. November 2010 zum Schluss, der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar, in einer angepassten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeit sei sie jedoch zu 100 % arbeitsfähig (S. 2 oben). Sie ermittelte in Anwendung der gemischten Methode unter Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % beim Invalideneinkommen einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 2 % (S. 2 unten).

2.2 Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen (Urk. 1), sie habe bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit ihr Arbeitspensum auf 100 % erhalten wollen, weshalb nicht die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung zur Anwendung gelangen dürfe (S. 2 unten und 3 oben). Weiter bemängelte sie das von der Beschwerdegegnerin beim Y. ___ eingeholte Gutachten (S. 4 Mitte). Dieses sei nicht verwertbar, weil es nicht der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entspreche (S. 5 Mitte). Es müsse vorliegend auf das Gutachten des B. ___ abgestellt werden, welches eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit nachweise.

2.3 Strittig und zu präzisieren ist somit der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin und auf welches der beiden Gutachten (Urk. 9/42, Urk. 9/58) zur Beantwortung dieser Frage abgestellt werden kann.

E. 3

3.1 Dr. med. C. ___, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 24. Dezember 2007 (Urk. 9/2/26-27) zuhanden des Taggeldversicherers und nannte als Gründe für die Arbeitsunfähigkeit chronische Lumbalgien mit Ausstrahlung ins rechte Bein bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Diskushernie L4/5 mit Duralsackkompression und leichter Kompression der Wurzeltaschen L5 an ihrem Abgang (Ziff. 1.1).

Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe seit mehreren Monaten persistierende Beschwerden und entwickle nun langsam eine Depression mit Schlafstörungen, Existenzangst, Nervosität und Pessimismus (Ziff. 1.3). Bezüglich der Einschränkungen im Rahmen ihrer Tätigkeit führte er aus, dass die Belastbarkeit des Achsenskeletts durch die Krankheit deutlich eingeschränkt sei. Die bestehende

Duralsackkompression und Kompression der Wurzeltaschen L5 beidseits wÃ¼rden wahrscheinlich unter Belastung erheblich zunehmen. Die BeschwerdefÃ¼hrerin kÃ¶nne nicht lÃ¤nger als eine halbe Stunde gehen oder stehen bleiben (Ziff. 3) und sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfÃ¤hig (Ziff. 8).Ã

3.2Ã Ã Ã Ã Dr. med. D.____, Facharzt FMH fÃ¼r Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, erstattete im Auftrag des Taggeldversicherers sein Gutachten vom 11. Februar 2008 (Urk. 9/2/20-25) nach vertrauensÃ¤rztlicher Untersuchung der BeschwerdefÃ¼hrerin am 7. Februar 2008. Er gelangte zu folgender Diagnose (S. 5 Ziff. 5):

- somatoforme SchmerzstÃ¶rung im Bereich der LWS und den unteren ExtremitÃ¤ten bei hÃ¶chst diskreten degenerativen VerÃ¤nderungen der LWS

Dr. D.____ fÃ¼hrte aus, eine psychische SchÃ¤digung mit Krankheitswert habe er nicht feststellen kÃ¶nnen (Ziff. 4). Die ArbeitsunfÃ¤higkeit der BeschwerdefÃ¼hrerin erachte er als nicht gerechtfertigt (Ziff. 6), weshalb ihr die Wiederaufnahme der Arbeit ab sofort zu 100 % zumutbar sei (Ziff. 8).Ã

3.3Ã Ã Ã Ã Dr. med. E.____, Facharzt fÃ¼r OrthopÃ¤dische Chirurgie FMH,Ã berichtete am 6. Mai 2008 (Urk. 9/15/10) und fÃ¼hrte aus, es bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom bei Verdacht auf Bandscheibenleiden L4/5, welches im Herbst 2007 exazerbiert sei.

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã BezÃ¼glich der ArbeitsfÃ¤higkeit stellte er fest, dass der BeschwerdefÃ¼hrerin angesichts des hohen Schmerzniveaus kÃ¶rperlich belastende Arbeiten nicht zumutbar seien. Auch leichte kÃ¶rperliche Arbeiten seien aufgrund der immer wieder auftretenden starken Schmerzen fragwÃ¼rdig. Bei dieser Art von Erkrankung wÃ¼rden keine neurologischen Defizite vorliegen. Auch kÃ¶nne man von den Kernspintbefunden oder kÃ¶rperlichen Untersuchungsbefunden keine klare EinschÃ¤tzung der ArbeitsfÃ¤higkeit vornehmen.Ã Ã

3.4Ã Ã Ã Ã Am 6. Juli 2008 erstattete Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sein Gutachten (Urk. 9/2/7-18) zuhanden des Taggeldversicherers. Er diagnostizierte bei der BeschwerdefÃ¼hrerin psychiatrischerseits eine AnpassungsstÃ¶rung, die am ehesten als schwach ausgeprÃ¤gte lÃ¤ngere depressive Reaktion (ICD-10: F 43.21) beschrieben werden kÃ¶nne. Deren Zustandekommen sei am ehesten durch die Tatsache bedingt, dass der BeschwerdefÃ¼hrerin aufgrund ihrer unreifen PersÃ¶nlichkeitsstruktur geeignete Umgangsformen mit ihren RÃ¼ckenbeschwerden, welche somatischerseits offenbar kontrovers diskutiert wÃ¼rden, fehlen wÃ¼rden (S. 12 Ziff 5).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Dr. F.____ fÃ¼hrte aus, dass der diagnostizierten StÃ¶rung vom AusprÃ¤gungsgrad her kein Krankheitswert zukomme und sich somit dadurch keine EinschrÃ¤nkung der ArbeitsfÃ¤higkeit aus psychiatrischer Sicht ergebe (S. 11 Mitte). In psychiatrischer Hinsicht kÃ¶nne der BeschwerdefÃ¼hrerin fÃ¼r sÃ¤mtliche ihr somatischerseits zumutbaren TÃ¤tigkeiten eine umgehende vollstÃ¤ndige Wiederaufnahme der Arbeit zugemutet werden (S. 12 Ziff. 6-8). Die Prognose sehe er wesentlich davon anhÃ¤ngig, ob sich die BeschwerdefÃ¼hrerin einem Nachreifungsprozess unterziehen wolle (Ziff. 10). Er merkte zudem an, dass die zunehmenden RÃ¼ckenschmerzen bei weitgehend unauffÃ¤lligen morphologischen VerhÃ¤ltnissen auch als Zeichen einer verbal nicht formulierbaren

Ärberforderungssituation durch Beruf, Haushalt, Kinder und ihr jugendliches Alter gedeutet werden können (S. 11 Mitte).

3.5. Dr. E.____, berichtete am 10. Juli 2008 (Urk. 9/15/4-5) und nahm Stellung zur Beurteilung von Dr. D.____. Er führte aus, die Beurteilung von Dr. D.____ sei un schlüssig. Dieser konstatierte richtig, dass er keine physische Schädigung feststellen könne, andererseits diagnostiziere er eine somatoforme Schmerzstörung. Es sei längst nachgewiesen, dass das Ausmass der Veränderungen im Röntgenbild und im MRI nicht mit der Intensität der Beschwerden korreliere. Die Integritätsstörung des Anulus fibrosus könne erhebliche Schmerzen verursachen. Die Diagnose heisse «diskogene Schmerzen». Diese seien nicht zu verwechseln mit der Diagnose «radikuläre Schmerzen bei Diskushernie». Der Nachweis sei mit der Provokationsdiskografie gelungen. Bei der Injektion der angrenzenden Bandscheiben L3/4 und L5/S1 habe die Beschwerdeführerin keine Schmerzen angegeben, wobei sie über die Reihenfolge der Bandscheiben nicht informiert gewesen sei. Die Diagnose bei der Beschwerdeführerin heisse deshalb:

- diskogene Schmerzen L4/5 bei Diskopathie L4/5

Er führte aus, dass diese Beschwerden zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit, insbesondere in körperlich belastenden Berufen, führen können (S. 2 unten).

3.6. Am 7. April 2009 berichtete Dr. E.____ (Urk. 9/28) zuhanden der Beschwerdegegnerin und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit Juli 2007 bestehende lumbale Bandscheibenerkrankung und als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Helicobacter pylori Infektion (Ziff. 1.1). Dr. E.____ führte weiter aus, dass Einschränkungen beim Heben, Tragen, Bücken und beim Paletten ziehen beständen, da solche Belastungen Schmerzen verursachten (Ziff. 1.7). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Es könne jedoch mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu 50 % ab Sommer 2009 und zu 100 % ab Herbst 2009 gerechnet werden (Ziff. 1.9). Der Beschwerdeführerin seien unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Einschränkungen in behinderungsangepasster Tätigkeit zu 75 % noch wechselbelastende Arbeiten, zu 50 % rein sitzende Arbeiten und zu 25 % rein stehende Arbeiten zumutbar (Urk. 9/28/5).

3.7. Am 8. Juli 2009 berichtete Dr. C.____ (Urk. 9/30) zuhanden der Beschwerdegegnerin und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- chronische Lumbalgie bei/mit

- Status nach transforaminaler lumbaler intersomatischer Fusion L4-L5 monoportal rechts am 22. Oktober 2008 bei rechtsbetonter chronischer Lumboischialgie bei degenerativer Bandscheibenerkrankung auf Höhe L4-L5

Er nannte ferner als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Entwicklung bei langjähriger chronischer Krankheit. Weiter führte er aus, die Beschwerdeführerin leide seit mehreren Jahren an diffusen Kreuzschmerzen. Unter konservativen Massnahmen sei keine Linderung eingetreten, so dass im Oktober 2008 eine Operation vorgenommen worden sei. Es beständen jedoch nach wie vor diffuse Beschwerden wie vor der Operation. Die Prognose sei nach seiner Erfahrung ungünstig. Aufgrund der Krankheitsentwicklung müsse eine Wiederaufnahme der beruflichen

Tätigkeit nicht erwartet werden (Ziff. 1.4 und 1.9). Die Belastbarkeit des Achsenskeletts sei massiv herabgesetzt, die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7).

3.8 Am 28. September 2009 berichteten die Ärzte der G. Klinik (Urk. 9/31/7-8) und nannten folgende Diagnose:

- persistierende lumbospondylogene Schmerzen mit/bei
- Status nach transforaminaler lumbaler intersomatischer Fusion L4/5 monoportal rechts am 22. Oktober 2008

Sie fügen aus, dass bei der Beschwerdeführerin tieflumbale Schmerzen unklarer Genese bestanden. Die anhand einer positiven Diskografie und kernspintomografisch dargestellten Bandscheibendegeneration durchgeführte Spondylodese habe die Beschwerden auch vorübergehend nicht lindern können. Die durchgeführte CT-Untersuchung habe keine Pseudoarthrose nachweisen können. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht würden sie zurzeit keine weiteren Empfehlungen abgeben können.

3.9 Am 3. Dezember 2009 berichteten die Ärzte der G. Klinik (Urk. 9/32/6-7) zuhanden der Beschwerdegegnerin und nannten folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- chronifiziertes lumbovertebrales, lumbospondylogenes sowie wahrscheinlich auch lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit/bei
- Status nach transforaminaler, lumbaler intersomatischer Fusion L4/5 rechts am 23. (richtig: 22.) Oktober 2008
- Status nach Facettengelenksinfiltration L5/S1 beidseits
- Status nach L5-Wurzelinfiltration rechts

Sie fügten an, dass es sich aufgrund der langjährigen Beschwerden sowie des fehlenden strukturellen Korrelates in der Bildgebung um ein eher chronifiziertes, möglicherweise auch psychisch überlagertes Schmerzsyndrom handle und somit eher eine schlechtere Prognose in Aussicht stehe (Ziff. 1.4 unten).

3.10 Die Ärzte der G. Klinik berichteten weiter am 16. November 2009 (Urk. 9/34) und nannten die bekannte Diagnose (siehe vorstehend E. 3.9). Sie fügten aus, dass aufgrund der Anamnese sowie der klinischen Untersuchung die genaue Zuordnung der chronischen Rückenschmerzen unklar sei. Die klinische Untersuchung zeige ein ausgeprägtes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit paravertebraler Druckdolenz, der positive Lasègue sowie die Angabe von bis in die Grosszehe ausstrahlenden massivsten Beinschmerzen spreche für das Vorliegen eines radikulären Reizsyndroms.

3.11 Am 14. Dezember 2009 berichtete Dr. E. (Urk. 9/33) zuhanden der Beschwerdegegnerin und fügte aus, dass die Beschwerdeführerin nach dem operativen Eingriff am 22. Oktober 2008 in der G. Klinik nach wie vor Schmerzen im Kreuz und im rechten Bein habe. Durch ihn seien zwei diagnostische Interventionen durchgeführt worden, zum einen eine Facettengelenksblockade L5/S1 rechts, was keine Modifikation der Kreuzschmerzen ergeben habe, zum anderen eine Nervenwurzelinfiltration L5 rechts, die zu einer Reduktion der Beinschmerzen für zirka

zwei Wochen gefÃ¼hrt habe. Der neurologische Befund ergebe keine relevanten Ergebnisse, welche die Beschwerden erklÃ¤ren wÃ¼rden. Radiologisch sehe er nach der Operation ideale VerhÃ¤ltnisse. Zum jetzigen Zeitpunkt lÃ¤ssen noch keine objektivierbaren Befunde vor und die Belastbarkeit der BeschwerdefÃ¼hrerin lasse sich lediglich so beurteilen, als dass sie angesichts ihrer erheblichen Kreuz- und Beinschmerzen nicht arbeiten kÃ¶nne.

3.12. Dr. med. H. ____, Facharzt fÃ¼r Innere Medizin FMH, und Dr. med. I. ____, FachÃ¤rztin fÃ¼r Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, (Y. ____), erstatteten ihr interdisziplinÃ¤res Gutachten vom 1. November 2010 (Urk. 9/42/1-46) nach Untersuchung der BeschwerdefÃ¼hrerin sowie unter BerÃ¼cksichtigung der Anamnese, ihrer Befunde, der internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Beurteilungen sowie der Akten.

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Sie gelangten zu folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÃ¤higkeit (S. 38 oben):

- Minderbelastbarkeit der LendenwirbelsÃ¤ule mit/bei:
- Status nach transforaminaler lumbaler intersomatischer Fusion LWK 4/5 monoportal rechts am 22. Oktober 2008 wegen rechtsbetonter chronischer Lumboischialgie bei mÃ¤ssig ausgeprÃ¤gter degenerativer Bandscheibenerkrankung LWK 4/5
- positiver Diskographie LWK 4/5 am 24. Juni 2008

Ferner stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die ArbeitsfÃ¤higkeit fest (S. 38):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont mit/bei:
- Fehlhaltung und diskreter Fehlstatik
- im Rahmen von Diagnose 1
- muskulÃ¤rer Dysbalance / muskulÃ¤rer Dekonditionierung
- zunehmender Generalisierungstendenz
- chronisches zervikocephales und zervikobrachiales, rechtsseitiges Schmerzsyndrom mit/bei:
- Fehlhaltung
- muskulÃ¤rer Dysbalance / muskulÃ¤rer Dekonditionierung
- ohne weiteres nachweisbares pathologisch-anatomisches Korrelat
- zunehmender Generalisierungstendenz
- neurotische Fehlentwicklung (ICD-10: F48.9) mit/bei:
- histrionischer PersÃ¶nlichkeitsakzentuierung (ICD-10: F61.1)

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Dr. I. ____ fÃ¼hrte aus, bei der aktuellen rheumatologischen Begutachtung imponiere bei der BeschwerdefÃ¼hrerin eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz. So seien die demonstrierten Beschwerden sowie die teilweise massive Bewegungsverminderung im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates wÃ¤hrend der Begutachtung deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel

(S. 28 oben). Bei der aktuellen neurologischen Untersuchung ergaben sich keinerlei Hinweise auf eine neuroradikuläre Symptomatik, sämtliche Nervenkompressionsbeziehungsweise -dehnungszeichen seien negativ (S. 29 Mitte). In den aktuellen konventionellen Röntgendarstellungen kämen keine über das altersentsprechende Mass hinausgehenden degenerativen Veränderungen oder sonstige Pathologien, welche die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und insbesondere auch deren Ausmass in ausreichendem Masse erklären könnten, zur Darstellung (S. 30 oben). Zusammenfassend würden sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nur zu einem geringen Teil aus den Diagnosen erklären. Insgesamt bestehe jedoch eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den von der Beschwerdeführerin demonstrierten Beschwerden und Schmerzen (S. 30 unten).

Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde lasse sich der ausschliesslich die Arbeitsfähigkeit limitierende Gesundheitsschaden auf rheumatologischem Fachgebiet durch die eingeschränkte Belastbarkeit der LWS bei Status nach transforaminaler lumbaler intersomatischer Fusion LWK 4/5 formulieren (S. 31 Mitte). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit lasse sich aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr attestieren. In einer optimal dem Leiden angepassten, leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne das Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne das Arbeiten in Oberkörpervorneige, ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten über Armhorizontale hinaus sowie ohne das Tragen und Heben von Lasten körperfern sei bezogen auf ein Vollschichtpensum aus versicherungsmedizinischer Sicht hingegen eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % zu attestieren. Aus rein rheumatologischer Sicht gelte das aktuell ermittelte Belastungsprofil seit Ende April 2009. Therapeutischerseits empfehle sie die intensive, individuell angepasste muskuläre Rekonditionierung unter schwerpunktmässiger segmentaler Stabilisierung und Haltungsschulung (S. 31 unten).

Der Teilgutachter Dr. med. J. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus, vor dem Hintergrund der von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen wirke der mädchenhafte Habitus nicht stimmig (S. 36 Mitte). Die von ihr beschriebenen Panikattacken mit Atemnot seien mit der gestellten Diagnose (histrionische Persönlichkeitsakzentuierung) vereinbar. Hinweise auf klinisch relevante Angst- und/oder Paniksymptome hätten sich in der Untersuchung nicht gefunden. Auch hätten sich keine Hinweise auf eine dissoziative Störung oder auf einen psychosozialen Konflikt gefunden, welche genug schwer wägen, dass hierin die entscheidende Ursache für die von ihr beschriebenen Schmerzen zu sehen wäre (S. 36 unten).

Psychiatrischerseits sei eine Anpassung des Arbeitsplatzes nicht erforderlich. Die angestammte Tätigkeit oder Tätigkeiten mit einem vergleichbaren Anforderungsprofil seien der Beschwerdeführerin psychiatrischerseits sofort wieder zumutbar. Durch therapeutische Massnahmen sei eine Verbesserung der Befindlichkeit sowie der Erlebnis- und Gestaltungsmöglichkeit zu erreichen (S. 37 Mitte).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht in der zuletzt ausgeübten, mittelschweren Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig. Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit bestehe hingegen aus interdisziplinärer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 43). Aus interdisziplinärer Sicht beständen zurzeit keine therapeutischen Möglichkeiten das ermittelte Belastungsprofil der

3.15. Dr. med. M.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, B.____, berichtete am 2. Mai 2011 (Urk. 9/60) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- chronische Lumboischialgie rechtsbetont bei degenerativer Bandscheibenerkrankung auf Höhe L4/5
- Status nach positiver Diskographie auf Höhe L4/5 bei negativer Diskographie L3/4 und L5/S1 am 24. Juni 2008
- Status nach Spondylodese L4/5 mit PLIF
- deutliche Restbeschwerden mit Lumboischialgie rechts bei Status nach Spondylodese L4/5

Er führt aus, dass der Beschwerdeführerin aufgrund der belastungsabhängigen, invalidisierenden Beschwerden zurzeit und bis auf weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden könne. Es sei eine Operation mit Entfernung des Osteosynthesematerials geplant, da aufgrund der Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren der Verdacht einer Nervenreizung durch dieses bestehe.

3.16. Dr. med. N.____, Facharzt für Rheumatologie / Innere Medizin FMH, berichtete am 19. Juli 2011 (Urk. 9/63) und führte in Bezug auf das Gutachten des Y.____ vom 1. November 2010 sowie den Bericht von Dr. M.____ vom 2. Mai 2011 aus, es seien substantiell keine neuen Diagnosen aufgeführt, ausser dem Begriff der Lumboischialgie rechts ohne nähere Bezeichnung betreffend Höhenlokalisation. Im Aktenauszug werde im Bericht des B.____ für Medizinische Radiologie vom 15. Juli 2010 der Verdacht auf eine neurale Kompression und Abknickung der Nervenwurzel L3 rechts zwischen L3 und L4 geäussert und nicht wie im Bericht von Dr. M.____ aufgrund einer Nervenreizung durch das Osteosynthesematerial im Segment L4/5 rechts.

3.17. Am 13. Februar 2012 berichtete Dr. M.____ erneut (Urk. 6) und führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin am 17. Mai 2011 die Metallentfernung durchgeführt worden sei. Intraoperativ habe kein Beweis für die Irritation der Nervenwurzel L5 durch die Schraube erbracht werden können. Es habe sich nun gezeigt, dass durch die Schraubenentfernung keine wesentliche Besserung eingetreten sei. Die Beschwerdeführerin klage in der Folge trotz intensiver Nachbehandlung immer noch über die gleichen radikulären Beschwerden. Dies könne entweder in dem Sinn interpretiert werden, dass die Schraube tatsächlich die Nervenwurzel L5 irritiert habe und dass diese Restbeschwerden im Sinne von neuropathischen Beschwerden in Folge langjähriger intensiver Reizung der Nerven entstanden seien. Oder aber die Ursache der radikulären Beschwerden L5 stünde in keinem Zusammenhang mit einer Reizung durch ein Implantat.

3.18. Mit Schreiben vom 20. April 2012 (Urk. 13) führte Dr. N.____ zum Bericht des B.____ vom 10. März 2011 aus, es sei unklar und nicht nachvollziehbar, wie die Konsensbeurteilung aus den aufgeführten Stellungnahmen der einzelnen Fachärzte betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu begründen sei. Die Konsensbeurteilung widerspreche zum Teil stark der Beurteilung durch die einzelnen Fachärzte.

4.

4.1. Der Einwand der Beschwerdeführerin, die von der Gutachterin Dr. I. festgestellte Selbstlimitierung deute darauf hin, dass diese voreingenommen sei und sich von subjektiven Eindrücken leiten lasse, findet sich in den Akten keine Stütze. Aus dem Umstand, dass die Gutachterin anlässlich der Untersuchung Differenzen zwischen den geklagten Beschwerden und den objektiven Untersuchungsergebnissen feststellte und auf die entsprechende Diskrepanz hinwies, kann nichts Dahingehendes abgeleitet werden. Vielmehr geht es zu einer pflichtgemässen und sorgfältigen Auftragsbefolgung. Zudem konnte, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin, anlässlich früherer Untersuchungen bereits ein ähnliches Verhalten beobachtet werden. So teilten beispielsweise Dr. E. sowie die Ärzte der G. Klinik die Ansicht, dass das Ausmass der Veränderungen in der Bildgebung nicht mit der Intensität der angegebenen Beschwerden korreliere beziehungsweise der neurologische Befund keine relevanten Ergebnisse liefere, welche die Beschwerden erklären würden. Auch der weitere Einwand, bei der von Dr. I. nur vermeintlich festgestellte Selbstlimitierung handle es sich vielmehr um den neuen Befund einer Nervenreizung durch das Osteosynthesematerial (Schraube), welcher bereits zum Zeitpunkt der Untersuchung bestanden habe und von ihr unberücksichtigt gelassen worden sei, geht fehl. So stellte Dr. I. fest, dass sich bei der aktuellen neurologischen Untersuchung keinerlei Hinweise auf eine neuroradikuläre Symptomatik ergeben hätten, sämtliche Nervenkompressionsbeziehungsweise -dehnungszeichen seien negativ. Zudem führte Dr. M. entgegen der Ausführungen der Beschwerdeführerin aus, intraoperativ habe kein Beweis für die Irritation der Nervenwurzel L5 durch die Schraube erbracht werden können.

4.2. Die Beschwerdeführerin machte weiter geltend, das Y.-Gutachten erfülle die bundesgerichtlichen Anforderungen nicht, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Es sei schon deshalb nicht verwertbar, weil es sich nicht wirklich um ein interdisziplinäres Gutachten handle. Vielmehr würden zwei einzelne Gutachten vorliegen, da eine Mitwirkung von Dr. J. am interdisziplinären Gutachten mangels Unterschrift offensichtlich fehle. Es müsse vorliegend auf das Gutachten des B. abgestellt werden, welches eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit nachweise.

4.3. Das Y.-Gutachten vom 1. November 2010 basiert auf die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis und Berücksichtigung der vorhandenen Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Zwar hat den Y.-Gutachtern offenbar das Gutachten des B. ursprünglich nicht vorgelegen. Dies stellt jedoch keinen Mangel dar, denn es wurde von ihnen eine nachträgliche Stellungnahme eingeholt, worin sie ihre Schlussfolgerungen bestätigt haben. Das Y.-Gutachten erfüllt damit entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vgl. vorstehend E. 1.4) vollumfänglich.

Der Einwand, dass es sich beim Y.-Gutachten nicht um ein interdisziplinäres Gutachten handle, kann nicht geltend gemacht werden. Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass Dr. J. am interdisziplinären Gutachten nicht mitwirkte. So wird ausdrücklich erwähnt, dass die Schlussfolgerungen gemeinsam mit den

Spezialärzten erarbeitet wurden (Urk. 9/42/38 Ziff. 7). Der Vorwurf, Dr. J.____ habe am Gutachten nicht mitgewirkt weil er dieses nicht unterschrieben habe, trifft somit nicht zu. Ausserdem ist das von Dr. J.____ unterzeichnete psychiatrische Teilgutachten dem von Dr. H.____ und Dr. I.____ unterzeichneten Y.____-Gutachten beigelegt (Urk. 9/42/47-52).

4.4. Die Beschwerdeführerin machte geltend, es müsse auf das Gutachten des B.____, welches mit den Beurteilungen von Dr. E.____ und Dr. C.____ übereinstimme, abgestellt werden.

Das Gutachten des B.____ vom 10. März 2011 (vorstehend E. 3.14) erging nicht in Kenntnis der Vorakten und setzt sich demzufolge auch nicht mit diesen auseinander. Von den einzelnen Fachärzten wurden unterschiedliche, teils sich stark widersprechende Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gemacht. Schliesslich wurde in einer Konsensbeurteilung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere sowie für angepasste Tätigkeiten angegeben. Wie diese Konsensbeurteilung aus den vorher aufgeführten Stellungnahmen der einzelnen Fachärzte zu Stande kam und zu begründet ist, kann nicht nachvollzogen werden. Zusammenfassend finden sich im Gutachten des B.____ einzig nicht weiter begründete Angaben zu den Diagnosen und zur Arbeitsfähigkeit, weshalb dieses Gutachten nicht beweistauglich ist und somit nicht darauf abgestellt werden kann.

Auch die Kritik vom 21. Mai 2011 (Urk. 20) ist nicht geeignet, zu abweichenden Schlussfolgerungen zu gelangen: Es werden keine Befunde geschildert, welche zur Annahme einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen führen lassen.

4.5. Auch Dr. E.____ machte in seinen diversen Berichten teilweise sehr widersprüchliche Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. So hielt er in seinem Schreiben vom 14. Dezember 2009 (vorstehend E. 3.11) fest, die Beschwerdeführerin könne aufgrund ihrer erheblichen Kreuz- und Beinschmerzen nicht arbeiten. Gleichzeitig wies er jedoch darauf hin, dass noch keine objektivierbaren Befunde vorlägen. Er stützte sich somit auf die subjektiven Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin, während die objektiven Befunde nicht berücksichtigt wurden. In seinem Schreiben vom 7. April 2009 (vorstehend E. 3.6) hielt er fest, die Beschwerdeführerin werde ab Sommer 2009 wieder zu 50 % und ab Herbst 2009 wieder zu 100 % arbeitsfähig sein und machte Prozent-Angaben zu möglichen Tätigkeiten (25 % rein stehende Arbeiten, 50 % rein sitzende Arbeiten, 75 % wechselbelastende Arbeiten). Er hielt weiter fest, die Beschwerdeführerin könne keine Arbeiten im Knien durchführen, obwohl er zu keiner Zeit Diagnosen beziehungsweise pathologische Befunde bezüglich der Kniegelenke mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angeführt hatte. Dr. E.____ ermittelte somit kein nachvollziehbares positives und negatives Leistungsprofil der Beschwerdeführerin, das in Bezug auf ihre zuletzt ausgeführte oder eine allfällige Verweigerung eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründet.

4.6. Dr. C.____ hielt in seinem Schreiben vom 8. Juli 2009 (vorstehend E. 3.7) fest, dass eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nicht erwartet werden müsse. Er begründete diese Einschätzung mit einer massiven Herabsetzung der Belastbarkeit des Achsenorgans. Befunde, welche diese Aussage objektiv nachvollziehbar stützen, gehen aus seinem Bericht nicht hervor. Er verweist lediglich auf die von der

Beschwerdeführerin angegebenen weiterhin bestehenden diffusen Beschwerden. Ein positives oder negatives Arbeitsprofil in Gegenüberstellung mit den körperlichen Restressourcen erarbeitete auch er nicht.

Bei den Ausführungen von Dr. E. ___ und Dr. C. ___ muss zudem der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 352 ff.). Somit vermögen die Einschätzungen von Dr. E. ___ und Dr. C. ___ die ausführlichen und eingehend begründeten Ergebnisse des Y. ___-Gutachten ebenfalls nicht zu entkräften.

4.7 Die Einwände der Beschwerdeführerin gegen das Y. ___-Gutachten sind nach dem Gesagten unbehelflich. Weitere substantiierte Einwände gegen die Y. ___ Begutachtung brachte die Beschwerdeführerin nicht vor. Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass sowohl in Bezug auf die Diagnosen wie auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das Y. ___-Gutachten vom 1. November 2010 abzustellen und deshalb von einer geringen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist. Die vorliegenden medizinischen Akten erweisen sich als ausreichend. Auf weitere Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin beantragt, ist deshalb zu verzichten.

E. 5

5.1 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 3 ter IVG) in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode. Ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich - auch nach Inkraft-Treten des ATSG (vgl. SVR 2005 IV Nr. 21 S. 83 E. 4.2 mit Hinweis [I 249/04]) - aus der Prüfung, was die Person bei im übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. Das Kriterium der Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit bezieht sich nicht auf den Gesundheits-, sondern auf den Invaliditätsfall. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV; BGE 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53 und E. 5.2 S. 54; SVR 2006 IV Nr. 42 S. 151, E. 5.1.2, I 156/04; vgl. auch BGE 125 V 146 E. 5c/bb S. 157). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Sie findet auch Anwendung, wenn der versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (BGE 133 V 504 E. 3.3 in fine; vgl. auch BGE 133 V 477 E. 6.3 S. 486). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den

Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu wärdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts I 266/05 vom 11. April 2006 E. 4.2, vgl. auch BGE 133 V 504 E. 3.3).

5.2 Die Verwaltung als verfassende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste wärdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.).

5.3 Die Beschwerdeführerin machte geltend, sie habe ihr Arbeitspensum bereits vor Eintritt der Rickenbeschwerden auf 100 % erhöhen wollen. Diese Angabe der Beschwerdeführerin blieb gänzlich unbelegt. Mit ihrem damaligen Alter von 32 Jahren sowie ihren Arbeitserfahrungen, welche sie bis zu diesem Zeitpunkt bei der IKEA, einer Papierfabrik sowie als Reinigungskraft bereits gesammelt hatte, kann davon ausgegangen werden, dass sie bei ernsthafter Bemühung eine Vollzeitstelle beziehungsweise eine weitere Teilzeitstelle - zumindest als Reinigungskraft - gefunden hätte. In diesem Tätigkeitsbereich hält der Arbeitsmarkt immer wieder Stellen bereit. Dass sie keine Belege für ihre angeblichen Arbeitsbemühungen vorweisen kann, lässt darauf schliessen, dass sie sich nicht ernsthaft um Stellen bemühte. Schliesslich vermag auch das Argument, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund des Wegfalls der umfassenden Betreuung ihrer Kinder (geboren 1994 und 1998) einer Vollzeittätigkeit nachgehen würde, nicht zu überzeugen. So war sie auch vor der Geburt ihrer Kinder nur während einer kurzen Dauer voll erwerbstätig. Dass sie heute im Gesundheitsfall einer vollen Erwerbstätigkeit nachgehen würde, erscheint deshalb nicht als überwiegend wahrscheinlich.

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin somit zu Recht als zu 50 % Erwerbstätige und als zu 50 % im Haushalt tätige qualifiziert und die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung angewandt.

E. 6

6.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug,

dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

6.2 Die Beschwerdeführerin kann noch leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne das Arbeiten in Zwangshaltung, ohne das Arbeiten in Oberkörper-Vorneige, ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten über die Armhorizontale hinaus sowie ohne das Tragen und Heben von körperfernen Lasten ausführen. Mit diesen Einschränkungen ist die Beschwerdeführerin im Vergleich zu gesunden Mitbewerbern für die Ausübung von einfachen und repetitiven Tätigkeiten körperlich nicht schwer benachteiligt. Der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 10 % erscheint im Lichte der Rechtsprechung als angemessen, weshalb kein Anlass für eine von ihr abweichende Ermessensausübung besteht. Somit hat es mit dem von der Beschwerdegegnerin für den Erwerbsbereich ermittelten Teilinvaliditätsgrad von 2 % (vgl. Urk. 2 S. 2 unten) sein Bewenden.

7. Wie unter Ziffer 5.3 dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin zu Recht als zu 50 % Erwerbstätige und als zu 50 % im Haushalt Tätige qualifiziert und die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung angewandt. Zutreffend ist auch der Verzicht auf eine Haushaltsabklärung. Damit der Mindestinvaliditätsgrad von 40 % resultieren würde, müsste die Einschränkung im Haushalt mindestens 75 % betragen ($75\% \times 0.5 = 37.5\% + 2\% = 39.5\%$), was angesichts der medizinisch festgestellten Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen ist. Die Invaliditätsbemessung gibt aufgrund der Akten somit zu keinen Beanstandungen Anlass, so dass sich weitere Ausführungen erübrigen.

Die angefochtene Verfügung vom 6. Januar 2012 erweist sich deshalb als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

8. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Ä

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft,

Rechtsdienst, lic. iur. Sascha Hohermuth

- 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.