

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00238 vom 30. August 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00238

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00238 du 30 août 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00238 del 30 agosto 2013

Erwägungen

E. 1

).

Am 27. Juli 2006 erlitt sie einen Autounfall. Dabei zog sie sich ein Schleuder trauma zu (Urk. 3/4) .

E. 1.1

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

über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der kör per lichen, 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 Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbs unfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfä higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min destens 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).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invaliden einkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

hievore). 5.2.1

Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der interdisziplinären Begutachtung durch die Fachpersonen des Z.____

an, dass sie im Haushalt mit Ausnahme von Fensterputzen eigentlich noch alles erledigen könne, auch wenn sie die Arbeit auf mehrere Tage verteilen müsse (Urk. 8/39 S. 25, vgl. dazu auch Urk. 8/20 S. 14 Ziff. 3.2.2).

Aufgrund dieser Aussagen und unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht (u. a. Mithilfe der Familienmitglieder; vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2) ist der

Verzicht auf eine Haushaltabklärung nicht zu beanstanden. Es liegt keine Einschränkung im Haushaltbereich vor.

5.2.2

Vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Coiffeuse seit 2007 noch zu 80 %

respektive seit der Begutachtung zu 65 %,

eine leidensangepasste Tätigkeit aber bei voller Stundenpräsenz seit Jahren zu 100 % zumutbar ist und keine Einschränkung im Aufgabenbereich ausgewiesen ist,

erübrigt sich eine genaue Berechnung und Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen, um hernach aus der Einkommensdifferenz den Invaliditätsgrad zu bestimmen, zumal unter Berücksichtigung eines Erwerbstätigkeitsanteils von maximal 40 %

von einem nichtrenten begründenden

Gesamtinvaliditätsgrad von unter 40 % auszugehen ist. 6.

Damit erweist sich die oben abweisende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Januar 2012 (Urk. 2) als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 900.-- fest zu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie von der unterliegenden Beschwerdeführerin zu tragen. Das Gericht

erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Guy Reich -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Dietrich AN/MD/MT versandt

E. 1.5

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.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 20. Februar 2012 (Urk. 1)

Beschwerde und beantragte, es sei ihr eine Rente zu entrichten. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen und subeventualiter sei die Sache zur Einholung eines neuen Gutachtens zurückzuweisen. Mit Beschwerdeantwort vom 21. März 2012 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Verfügung vom 19. Januar 2012 (Urk. 2) dafür, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden ihre berufliche Tätigkeit als Coiffeuse weiterhin zu einem Pensum von 20-40 %

ausüben würde und die restlichen 60-80 % im Haushalt tätig wäre. Zudem sei ihr aus medizinischer Sicht die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Coiffeuse bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2007 zu 80 % zumutbar. Für körperlich leichte Arbeiten ohne emotionale Belastung, Stressbelastung und über durchschnittliche Dauerbelastung bestehende hin gegen eine volle Arbeitsfähigkeit. Da auch keine Beeinträchtigung im Haushalt be

reich bestehe, sei eine in validisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht gegeben.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, auf das Y.____-Gutachten vom 21. Januar 2010 könne nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 5 unten) und verwies auf das von ihr in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 7. Oktober 2011. Insbesondere führte sie aus, das Privatgutachten sei im Vergleich zum Y.____-Gutachten umfassend und

unter Einholung fremdanamnestischer Auskünfte sowie gestützt auf standardisierte Tests erfolgt. Zudem habe auch eine neuropsychologische Beurteilung stattgefunden, welche sich mit einer früheren entsprechenden Beurteilung aus einander gesetzt habe. Gestützt auf das interdisziplinäre Privatgutachten sei aufgrund der im Y.____-Gutachten nicht berücksichtigten "neurokognitiven Störungen" und den neurologischen Diagnosen von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen. Jene Beurteilung gelte sowohl für die ausgeübte als auch für eine angepasste Tätigkeit, da die Beanspruchung der Finger nicht derart zentral sei und nicht ins Gewicht falle (S. 3-4) . 3.

3.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte mit Bericht vom 8./20. Juni 2009 (Urk. 8/8) eine rezidivierende Epicondylopathie

humeri

radialis links bestehend seit 2004, eine Fingerpolyarthrose (Erstdiagnose 2006) sowie einen Status nach Distorsion der Halswirbelsäule anlässlich eines Auffahrungsunfalls am 29. Juli 2006 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Hallux

rigidus rechts sowie eine arterielle Hypertonie.

Die Beschwerdeführerin leide aktuell aufgrund der Fingerpolyarthrose an belastungsabhängigen lokalen Fingerschmerzen. Die Fingerpolyarthrose stelle ein degeneratives Leiden der Fingergelenke mit entweder chronischen Schmerzen oder rezidivierenden belastungsabhängigen Beschwerden dar. Neben den Schmerzexazerbationen könnten auch schmerzärmere Phasen bestehen. Die reduzierte Belastbarkeit stelle einen dauerhaften Zustand dar. Mit einer Verbesserung könne nicht gerechnet werden. Die Fingerarthrose schränke die Arbeit der Beschwerdeführerin als Masseurin deutlich ein. Je nach Schmerzbeziehungsweise Schubsituation könne sie die Arbeitsfähigkeit sogar gänzlich verhindern.

Über den Verlauf betreffend den Status nach einer Halswirbelsäulen-Distorsion sei er nicht informiert und

betreffend das posttraumatische cervikovertebrale

Schmerzsyndrom

verweise er auf Dr. med. B.____ . 3.2

Mit Schreiben vom 10. Juli 2009 (Urk. 8/9) führte Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, speziell Handchirurgie, aus, dass die Beschwerdeführerin am 2. März 2009 bei ihm

einmalig wegen einer Arthrose des Daumen end ge lenks in Kon trolle gewesen sei und d
araus keine bleibende Arbeitsunfähigkeit resultiere . 3.3

Dr. med. B.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH , nannte im Be richt vo m
1. September 2009 (Urk. 8/12) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeits fähigkeit
ein Schleudertrauma mit rezidivierenden Kopf- und Nacken schmer zen , Schwindel und
Schlafstörungen seit dem Unfall am 29. Juli 2006 sowie eine schwere D aumenendgliedart
h rose rechts seit Sommer 2006 und at testierte der Beschwerdeführerin als Coiffeuse eine
100%ige Arbeits un fähig keit vom 29. Juli 2006 bis 1. Juli 2008 sowie eine zirka 70%ige
Arbeits un fähig keit ab

2. Juli 2008 bis auf weiteres . Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit
nannte er eine arterielle Hyper tonie seit zirka zehn Jahren so wie einen Hal l ux .

Dr. B.____ hielt fest, die Beschwerdeführ erin leide unter Nacken- und Kopf schmerzen ,
rezidivierendem Schwindel, Schlaf- und Konzentrationsstörun g en mit Vergess lichkeit seit
dem Unfall so wie unter progredienten Schmerzen an Daumen und Hallux . Die Nacken-
und Kopfschmerzen, der rezidivierende Schwindel, die Konzentrations- und
Schlafstörungen sowie die Vergesslichkeit schränkten die Beschwerdeführerin in ihrer
bisherigen Tätigkeit ein und führten zu einer vermehrten Pausenbedürftigkeit, einer
Einschränkung bezüglich Arbeitszeit und zu einer verminderten Arbeitsgeschwindigkeit.
Die bis herige Tätigkeit als Coiffeuse sei der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht
noch stundenweise und mit Pausen, zurzeit zwei halbe Tage pro Woche, zumutbar. Die
Leistungsfähigkeit sei wegen schneller Ermüdung und v ermehrter Schmer zen ver mindert
. Mit der Wieder auf nahme der beruflichen Tätigkeit beziehungs weise Er höhung der
Einsatz fähig keit kön ne zurzeit nicht gerechnet werden. Schliesslich merkte Dr. B.____ an,
dass es sich um einen ruhigen Arbeitsplatz handeln müsse . 3.4

Die Y.____ -Gutachter stellten am 21. Januar 2010 (Urk. 8/20 /1-23) im Auftrag und zu
Händen der Beschwerde gegnerin nach Durchführung einer ortho pädi schen und
psychiatrischen Untersuchung folgende Diagnosen (S. 20 Ziff. 8):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit -

Läsion der Membrana

atlantooccipitalis

posterior Grad II und Diskus protrusion C5/6 mit mässiger foraminale Stenose rechts sowie
Diskus hernie C6/7 mit rechtsbetonter Rezessusstenose und leichter fora minale Stenose
sowie signifikanter Spinalkanalstenose mit leichter Myelon kom pression -

Arthrose des Interphalangealgelenks des Daumen s rechts mehr als links -

ausgeprägte Grosszehengrundgelenksarthrose rechts bei Senk/Spreizfuss -

chronisch depressive Verstimmung (Dysthymie) bestehend seit etwa Januar 2007 (ICD-10
F34.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit -

Senk-/Spreizfuss links -

arterielle Hypertonie

Die Fachpersonen des Y. ___ führten aus, die Beschwerdeführerin habe über persistierende drückende Nackenschmerzen seit dem Auffahrunfall vom 28. Juli 2006, bestehende Schmerzen im Interphalangealgelenk des rechten Daumes seit vier Jahren und seit einem Jahr links,

welche indes weniger ausgeprägt seien, zunehmende brennende Schmerzen im Grosszehengrundgelenk rechts, Stimmungsschwankungen, einhergehend mit leichten Unruhezuständen, erschwerter Konzentrationsfähigkeit und Vergesslichkeit seit drei bis vier Jahren, abendliche Müdigkeit sowie Durchschlafstörungen geklagt (S. 3 Ziff. 3.4 und S. 32 Ziff. 3.2.2, vgl. dazu auch S. 19 Mitte). Die Beschwerden und die abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule (HWS) seien

grösstenteils magnetresonanztomographisch

und

die Schmerzen in den Daumen und im Grosszehen

rechts radiologisch objektivierbar. Aufgrund der chronischen Beschwerdesymptomatik und der Beeinträchtigungen hätten sich seit etwa Januar 2007 chronische depressive Stimmungsschwankungen im Sinne einer Dysthymie erheben lassen. Dabei handle es sich um leichte depressive Verstimmungen, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige depressive Störung erfüllten. Auch habe die Beschwerdeführerin bisher keiner psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung bedurft. Daneben hätten sich im Jahr 1999 vorübergehende Anpassungsstörungen bei Partnerkonflikten erheben lassen. Damals habe sie zirka ein halbes Jahr lang eine antidepressive Medikation erhalten, worauf sich das psychische Zustandsbild gebessert habe. Seither hätten sich auch keine wesentlichen Partnerprobleme mehr finden lassen. Aufgrund der chronisch depressiven Verstimmung (Dysthymie) erscheine die emotionale Belastbarkeit und die geistige Flexibilität sowie die Dauerbelastbarkeit wiederholt gering beeinträchtigt. Aufgrund der Dysthymie sei nur eine leichte psychische Störung anzunehmen, die zu keiner Beeinträchtigung der Schmerzverarbeitung und -bewältigung führe, sodass die Beschwerdeführerin ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen verfüge und jene, wenn sie nicht organisch begründet seien, mit einer zumutbaren Willensanstrengung ausreichend überwindbar seien

(S. 19 f. Mitte).

Anlässlich der gemeinsamen orthopädisch-psychiatrischen Beurteilung vom 18. Januar 2010 sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Coiffeuse

bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2007 auf 80 % (Arbeitsunfähigkeit von 20 %) festgelegt worden, da bei Dysthymie die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität und die Dauerbelastbarkeit gering beeinträchtigt seien,

und seit dem Zeitpunkt der Begutachtung bei voller Stundenpräsenz

auf 65 % (Arbeitsunfähigkeit von 35 %),

da

aufgrund der Läsion der Membrana

atlantooccipitalis

posterior Grad II, der nicht komprimierenden Diskus protrusion C5/6 mit mässiger foraminaler Stenose rechts und Diskus hernie C6/7 mit rechts be tonter

Rezessusstenose und links seitiger foraminaler Stenose sowie Spinal kanal stenose und leichte r

Myelon kompression , der Arthrose des Interphalangeal gelenks des Daumen rechts mehr als links sowie der deutlichen Gross zehen grund gelenks arthrose rechts bei Senk/Spreizfuss

die Arbeitsfähigkeit als Coiffeuse , bei der wiederholt inklinierte Kopfhaltungen sowie eine Fingerfertigkeit beim Hantieren mit Kamm und Schere notwendig seien, eingeschränkt sei (S. 20 Ziff. 9.1).

Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die nicht mit häufigem Laufen auf unebenem Boden sowie auf Treppen und Leitern, mit Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und mit Kraftanwendung der Hände sowie mit häufigen inklinierten und reklinierten sowie rotierten Kopfhaltungen verbunden seien, ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung , könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Jahren voll umfänglich (Arbeitsunfähigkeit 0 %) zugemutet werden (S. 21 Ziff. 9.2).

3.5

Am 3. August 2010 (Urk. 8/31) führte Dr. med. D.____ , Spezialarzt orthopädische Chirurgie FMH und Sportmedizin , in Ergänzung zum Y.____ -Gutachten vom 21. Januar 2010 (E. 3.4 hier vor)

aus orthopädischer Sicht und unter Verweis auf Ziff. 9.1-3 auf S. 21 in nämlichem Gutachten aus, entgegen der durch

Dr. A.____ gestellten Diagnose einer Fingerpolyarthrose (Arthrose mehrerer Finger) liege lediglich eine Interphalangeal gelenksarthrose des Daumens rechts und links vor . Bezüglich der geäusserten Kritik, dass eine Auseinandersetzung mit der Beurteilung durch Dr. B.____ fehle, hielt er weiter fest, dass Dr. B.____

generell nicht spezifizierte allgemeine und von den im Y.____ -Gutachten differierende Diagnosen aufgeführt habe .

Zudem habe er keine objektiven Befunde genannt , welche seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach vollziehbar machen würde .

Für adaptierte Tätigkeiten, das heisse Arbeiten mit den im Y.____ -Gutachten erwähnten Einschränkungen , bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit, da die festgestellten Diagnosen unter diesen Umständen nicht zu einer reduzierten Arbeitsfähigkeit führten.

3.6

Mit Ergänzung vom 8. August 2010 (Urk. 8/32) zum Y.____ -Gutachten vom 21. Januar 2010 (E. 3.4 hiervor) führte Dr. med. E.____ , Facharzt für Psychiatrie, aus psychiatrischer Sicht aus , die subjektiv angegebenen Konzentrations - und Gedächtnisstörungen könnten im Rahmen einer ausführlichen psychiatrischen Exploration nicht verifiziert werden. Es sei durchaus möglich, dass im Rahmen von depressiven Stimmungsschwankungen vorübergehend auch Konzentrationschwierigkeiten auftreten könnten und damit einhergehend eine subjektive Vergesslichkeit. Jene sei aber nicht durchgehend und führte

zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Belastbarkeit. Daneben fänden sich auch keine Hinweise, die auf eine organische Hirnschädigung hin deuten und zu kognitiven Störungen wie Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen führen würden. Nachdem sich im Rahmen einer ausführlichen psychiatrischen Exploration zum Untersuchungszeitpunkt keine Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen hätten verifizieren lassen und weder anamnestisch noch klinisch Hinweise auf ein organisches Psychosyndrom vorlägen, erscheine aus psychiatrischer Sicht eine neuropsychologische Untersuchung nicht erforderlich. Damit ergäben sich aus psychiatrischer gutachterlicher Sicht auch keine Änderungen in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit. 3.7

Die von der Beschwerdeführerin beauftragten Fachpersonen des Z. ___ nannten am 7. Oktober 2011 (Urk. 8/39/1-50) nach Durchführung einer neurologischen, psychiatrisch-psychologischen und

neuropsychologischen Untersuchung folgende Diagnosen (S. 48 Ziff. 4):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit -

neurokognitive Störung -

dysthyme

Störung -

Cervicalsyndrom (ICD-10 M53.0) mit cervicocephalen Ausstrahlungen, cervicospondylo- (und allenfalls lumbospondylo-) Schmerzsyndrom mit assoziierten ("pseudoradikulären") Fühlstörungen -

posttraumatische Spannungstyp-Kopfschmerzen (ICD-10 G44.3) -

Exazerbation einer vorbestehenden Migräne (ICD-10 G43.1) mit möglicherweise vestibulärer Aura (Differenzialdiagnose: benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel) -

Arthrose des

Interphalangealgelenks Daumen rechts

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit -

Diskusprotrusion C5/6 -

Diskushernie C6/7

Anlässlich der neurologischen Abklärung hätten zwei neurologisch relevante unfallkausale Störungen gefunden werden können, namentlich ein Cervicalsyndrom und ein posttraumatischer Spannungstyp-Kopfschmerz, die für den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bedeutsam seien (S. 41 Ziff. 4.2.1).

Im Rahmen der

explorativen Befragung der psychiatrisch-psychologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin insbesondere eine reduzierte Leistungsfähigkeit aufgrund rascher Erschöpfung und Ermüdbarkeit sowie eine verlängerte Erholungszeit nach körperlicher Anstrengung beklagt. Im Weiteren habe sie von häufigen Kopf- und Nackenschmerzen, Schwächeanfällen, Schwindelbeschwerden, Sehproblemen und schmerzbedingten Schlafstörungen berichtet. Kognitiv habe sie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

beklagt. Hinsichtlich des psychischen Befindens habe sie von emotionalen Schwankungen mit depressiven Momenten und gelegentlichen Schwierigkeiten, die besten Leistungen zu akzeptieren, berichtet. Fremdanamnistisch seien grosse Veränderungen seit dem Unfallgeschehen im Juli 2006, namentlich eine deutlich reduzierte Belastbarkeit und eine starke Verlangsamung in allen täglichen Belangen, angegeben worden (S. 41 Ziff. 4.2.2).

Bei der psychodiagnostischen Untersuchung hätten sich mit zunehmendem Verlauf Konzentrations- und Auffassungsstörungen gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe die Bedeutung der Fragen häufig nicht spontan erfassen können, habe nachfragen müssen und wiederholt Schwierigkeiten bei der Zuordnung von Zahlen zu Ausprägungen bekundet (S. 41 Ziff. 4.2.2).

Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin über ein gutes Instruktionsverständnis verfügt. Defizite hätten sich bezüglich Aufmerksamkeit und Konzentration gezeigt: Bei guter Fehlerkontrolle sei die Leistungsmenge ungenügend gewesen. Im Weiteren hätten sich eine erheblich verlangsamte visuelle Auffassungsgeschwindigkeit, eine Beeinträchtigung des räumlichen Vorstellungsvermögens und eine reduzierte nonverbale Produktivität gezeigt. Bezüglich mnestischer Funktionen hätten sich ebenfalls Schwierigkeiten bei der Wiedergabe von inhaltlich geordnetem Material, insbesondere für Detailinformationen und unter zeitlich verzögerter Bedingung, gezeigt. Für die visuelle Lernfähigkeit habe sich ein grenzwertiges Resultat ergeben: Sowohl der freie Abruf figuralen Materials als auch

die unmittelbare visuelle Wiedererkennungsleistung

seien deutlich beeinträchtigt gewesen. Zudem sei der unstrukturierte Abruf einer Gedächtnis-Repräsentation mit Verzögerung nicht gelungen. Die Beschwerdeführerin habe keine Erinnerung an die anfangs kopierte Figur gehabt (S. 42 Ziff. 4.2.3).

Unter integrativer Diskussion merkten die Gutachter sodann an, dass die subjektiv von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden in der fremdanamnistischen Untersuchung eher drastischer geschildert würden. Objektivierbar seien Defizite im Bereich von Arbeitstempo, Aufmerksamkeit und Konzentration, in der visuellen Auffassungsgeschwindigkeit, in Aspekten der verbalen Gedächtnisleistung, ebenso wie in visuell-figuralen Aspekten des Gedächtnisses;

auch bestünden Defizite im Bereiche der visuell-räumlichen Vorstellung und der nonverbalen Produktivität der Denkprozesse

(S. 46 f. Ziff. 5.3).

Die Diagnose einer "kognitiven Störung NOS", namentlich einer "leichten (n) neurokognitiven (n) Störung NOS", sei aufgrund der Befundkonstellation evident. Im Speziellen lägen Gedächtnisbeeinträchtigungen, ausgedrückt über die reduzierte Fähigkeit zu lernen respektive Informationen abzurufen, Störungen im Bereiche der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung und auch in der Aufmerksamkeit vor. Das Zeitkriterium werde bei weitem überschritten. Ausserdem gebe es objektive Evidenz auf einen ätiologisch relevanten Faktor, der mit der kognitiven Störung assoziiert sei. Die neuropsychologische Untersuchung erlaube die Quantifizierung der kognitiven Defizite, die Defizite bewirkten eine markante Belastung und eine Beeinträchtigung im sozialen und berufstätigkeitsbezogenen Funktionen. Weitere Ätiologien, die jene Störung bewirken könnten,

hätten nicht identifiziert werden

können (S. 47 Ziff. 5.3).

Weiter habe die Beschwerdeführerin in der psychodiagnostischen Untersuchung durch eine Beeinträchtigung von affektiven Symptomen im Bereiche früher gesunder Lebensbereiche imponiert. Die depressive Negativsymptomatik sei dabei deutlich markanter ausgeprägt gewesen als die weitgehend unauffällige depressive Positivsymptomatik. Jene Konstellation spreche per se für valide Befunde, weil bei Aggravation Positivsymptome beklagt, wohingegen die Negativsymptome – weil weniger eindrücklich für die Umgebung – kaum beachtet würden. Die Beschwerdeführerin aber habe ein Überwiegen von depressiver Negativsymptomatik aufzuweisen. Dies entspreche einem depressiven Störungsbild, dass differentialdiagnostisch zwischen einer Dysthymie, wie sie in der Untersuchung von Dr. E. ___ berichtet worden sei, und einer depressiven Episode, chronisch, differenziert werden. Aufgrund einer gewissen fluktuierenden Symptomatik scheine die Beurteilung als Dysthymie, wie sie Dr. E. ___ vorgenommen habe, dem Störungsbild

angemessen (S. 47

Ziff. 5.3).

Schliesslich führten die Gutachter des Z. ___ aus, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werde durch die referierten Diagnosen zu je unterschiedlichen Anteilen, insgesamt jedoch erheblich beeinträchtigt. Bereits in einer früheren Begutachtung (vor allem im orthopädisch-psychiatrischen Gutachten vom 22. Dezember 2009) habe man eine relevante Beeinträchtigung mit einer Restarbeitsfähigkeit von 65 % bei einer 100 % Präsenz attestiert. Damals seien die "neurokognitive Störung" und die neurologischen Diagnosen nicht berücksichtigt worden. In Kenntnis aller Diagnosen und der daraus resultierenden Einschränkung

gelangten sie zu einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 40 % (S. 49 Ziff. 6). Jene Restarbeitsfähigkeit gelte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit

(S. 49 Ziff. 7). In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit, bei der die Beanspruchung der Finger nicht gleichermassen zentral sei, könnte allenfalls eine unbedeutende Verserung der Arbeitsfähigkeit resultieren. Zentral sei jedoch die Einschränkung, die aus der neurokognitiven Störung, aus den neurologisch bedingten Diagnosen und der Dysthymie hervorgehe (S. 49 Ziff. 8).

4.1

Aus den vorliegenden medizinischen Akten geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin sowohl somatische als auch psychische Beeinträchtigungen bestehen. Für die Frage, ob beziehungsweise inwieweit die Beschwerdeführerin deswegen in ihrem Leistungsvermögen eingeschränkt ist, kann auf das bidisziplinäre

Gutachten vom 21. Januar 2010 (E. 3.4

hier vor) und die ergänzenden Stellungnahmen vom 3. respektive 8. August 2010 (E. 3.5-3.6) abgestellt werden. Es

entspricht den praxisgemässen Anforderungen an

eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage

(E. 1.5) . Der Umstand, dass im zur Publikation bestimmten Bundesgerichtsurteil 9C_207/2012 vom 3. Juli 2013 die Anforderungen an die medizinische Begutachtung, wie sie in BGE 137 V

210 für polydisziplinäre MEDAS-Begutachtungen umschrieben worden sind, grundsätzlich sinngemäss auf mono- und bidisziplinäre

Expertisierungen anwendbar sind (sowohl für die justiziablen Garantien [Partizipationsrechte, Verfügungspflichten und Rechtsschutz]

als auch für die appellativen Teilgelte; mit Ausnahme hinsichtlich des Zufallsprinzips), bedeutet nicht, dass solche nach altem Standard eingeholte Gutachten ungeachtet ihrer jeweiligen Überzeugungskraft den Beweiswert einbüßten (analog Bundesgerichtsurteil 9C_148/2012 vom 17. September 2012 E. 1.3 und 1.4).

Das vorliegende Gutachten basiert auf allseitigen Untersuchungen in orthopädischer (S. 3 f. Ziff. 3 ff.)

und psychiatrischer Hinsicht (S. 8 ff. Ziff. 7 ff.), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (S.

3 Ziff. 3.4, S.

E. 7

) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführer in am 3. April 2012 (Urk.

E. 10

)

zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

Ziff. 3.2.1 unten, S.

E. 14

Ziff. 3.2.2) und setzt sich mit diesen sowie mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Auch wurde es in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den wesentlichen Vorakten erstattet (S. 21 Ziff. 9.3)

und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Die Schlussfolgerung, wonach die Beschwerdeführerin

unter Berücksichtigung der psychischen und somatischen Einschränkungen

in ihrer bisherigen Tätigkeit als Coiffeuse bei voller Stundenpräsenz seit 2007 zu 80 % und seit dem Zeitpunkt der Begutachtung noch zu 65 % arbeitsfähig ist, ihr aber

körperlich leichte Arbeiten in temperierten Räumen, die nicht mit häufigem Laufen auf unebenem Boden und auf Treppen sowie Leitern, mit Heben und Tragen von Lasten über 5

kg und mit Kraftanwendung der Hände sowie mit häufigen inklinierten und reklinierten sowie rotierten Kopfhaltungen verbunden sind und Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Jahren vollumfänglich (Arbeitsunfähigkeit 0 %)

zugemutet werden könnten (S. 21 Ziff. 9.2) , ist nachvollziehbar begründet . Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin erscheint es angesichts der je

unterschiedlichen Beanspruchung nicht als widersprüchlich, dass sie zwar im Beruf als Coiffeuse eingeschränkt ist, sie jedoch einer körperlich leichten Arbeit unter den vorgegebenen Bedingungen vollzeithaft nachgehen kann. 4.2

Was

das von der Beschwerdeführerin aufgelegte

Privatgutachten

des Z.____

vom 26. Januar 2011 (E. 3.7 hier vor) angeht, wurde

der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Coiffeuse eine Restarbeitsfähigkeit von 40 % und in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit, bei der die Beanspruchung der Finger nicht gleichermaßen zentral sei, allenfalls eine unbedeutende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit attestiert . Als für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zentral erachteten sie die neurokognitive Störung, die neurologisch bedingten Diagnosen und die Dysthymie .

Diesbezüglich ist fest zu halten, dass das Gutachten vom 26. Januar 2011 zwar sehr ausführlich

ausgefallen und unter Vorname von diversen (neuro)psychologischen Zusatzuntersuchungen erfolgt ist, die darin gezogenen Schlussfolgerungen aber , insbesondere bezüglich der (global) attestierten Arbeits (un)fähigkeiten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit in der Grössenordnung von 40 % angesichts der gestellten Diagnosen

nicht ohne weiteres nachvollziehbar sind , zumal das Bundesgericht verschiedentlich festgehalten hat, dass

eine

Dysthymie in der Regel nicht invalidisierend ist

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_842/2011 vom 16.

Oktober 2012 mit weiteren Hinweisen) .

Nicht einzusehen ist zudem, weshalb sich die vorbestehende Migräne mit möglicherweise vestibulärer Aura langfristig erheblich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken soll, wenn sie doch laut Angaben der Beschwerdeführerin lediglich drei Mal pro Jahr aus den

Spannungstyp-Kopfschmerzen hervorgeht (Urk. 8/39 S. 70 Ziff. 6.4) .

In Bezug auf die divergierenden Ansichten hinsichtlich der leichten neurokognitiven Störung

ist festzuhalten , dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte vor gegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E.

5.1 mit Hinweis). Objektiv feststellbare Gesichtspunkte, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch die Fachpersonen des Y.____, insbesondere durch Dr. E.____, unerkannt geblieben und geeignet gewesen wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen, sind nicht ersichtlich; laut Dr. E.____ erschienen die

Auffassung, die Aufmerksamkeit, und die Konzentrationsfähigkeit während des Gesprächs intakt

und trotz subjektiv angegebener Konzentrations- und Gedächtnisstörungen liessen sich weder Hinweise für Gedächtnisstörungen finden

(Urk. 8/20 S. 14 Ziff. 3.3.1) noch Anhaltspunkte, die auf eine organische Hirnschädigung hinweisen würden.

Möglichst seien, so Dr. E.____ weiter, einzig vorübergehende Konzentrationsstörungen im Rahmen der depressiven Stimmungsschwankungen, die aber zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Belastbarkeit führten (E. 3.6 hiervor).

Die von der Beschwerdeführerin geklagten Nackenschmerzen führte Dr. D.____ grösstenteils auf die in der Magnetresonanztomographie nachgewiesene Läsion (der Membrana

atlanto occipitalis

posterior Grad II und Diskusprotrusion C5/6 mit mässiger foraminaler Stenose rechts ohne neurale Kompression sowie Diskushernie C6/7 mit rechts betonter Stenose und linksseitiger foraminaler Stenose sowie Spinalkanalstenose mit leichter Myelomkompression) zurück (S. 6 Ziff. 5.3).

4.3

Auch die Berichte

des behandelnden Rheumatologen Dr. A.____

vom 8./20. Dezember (E. 3.3 hiervor) und des behandelnden Hausarztes Dr. B.____ vermögen gegen die Einschätzung der Fachpersonen des Y.____ nicht aufzukommen:

Dr. A.____

Beurteilung der gesundheitlichen Situation bezog sich vorwiegend auf die diagnostizierte Fingerpolyarthrose und klammerte die Problematik im Zusammenhang mit der Halswirbelsäulendistorsion aus, weshalb er dies bezüglich auch auf den behandelnden Hausarzt Dr. B.____ verwies und lediglich ausführte, dass die Fingerarthrose die Arbeit der Beschwerdeführerin als Masseurin deutlich einschränke oder ihre Tätigkeit je nach Schmerzsituation beziehungsweise Schubsituation gar gänzlich verhindern könne.

Wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit als Coiffeuse oder in einer behinderungsangepasster Tätigkeit verhält, lässt sich dem Bericht demgegenüber nicht entnehmen.

Im Bericht von Dr. B.____ vom 1. September 2009 (E. 3.3 hiervor), in welchem er der Beschwerdeführerin aufgrund eines Schleudertraumas am 29. Juli 2006 mit rezidivierenden Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen sowie aufgrund einer schweren Daumenendgliedarthrose rechts als Coiffeuse eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 29. Juli 2006 bis 1. Juli 2008 und eine zirka 70%ige Arbeitsunfähigkeit vom 2. Juli 2008 bis auf weiteres attestiert, findet sich lediglich die Angabe,

dass die Beschwerdeführerin als Coif feuse zwei halbe Tage oder noch zirka zehn Stunden die Woche tätig sein könne. Darüber, ob und in welchem Pensum eine Verweis tätigkeit der Beschwerdeführerin noch zumutbar wäre, gibt der Bericht keinen Aufschluss. Nicht ersichtlich ist zudem, ob die festgehaltenen Einschränkungen in der bis herigen Tätigkeit auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin basieren oder auch durch Dr. B.____ wahrnehmbar waren.

Im Übrigen darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc) . 4. 4

Schliesslich vermögen auch die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Einwände den Beweiswert des Y.____ -Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen, wie sich aus dem Folgenden ergibt . 4.4 .1

Die Beschwerdeführerin machte geltend, im Vergleich zum Administrativgutachten sei das aufgelegte Privatgutachten umfassend; insbesondere sei die Beurteilung gestützt auf standardisierte Tests und nicht nur gestützt auf Gespräche und unter Einholung

fremdanamnestischer Auskünfte beim Ehemann und Hausarzt erfolgt. Zudem habe auch eine neuropsychologische Beurteilung stattgefunden, die sich mit einer entsprechenden früheren Beurteilung aus einander gesetzt habe .

Wenn die Beschwerdeführerin damit sagen will, dass das Y.____ -Gutachten die Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise deshalb nicht erfüllt, ist fest zu halten, dass im Verzicht auf eine neuropsychologische Testung respektive Einholung fremdanamnestischer Auskünfte kein der Expertise anhaftender Mangel zu erblicken ist, sind doch gemäss Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Februar 2012 Fremdauskünfte nicht in jedem Fall zwingend erforderlich (vgl. dazu Ziff. 5) und test (neuro-)psychologische Zusatzuntersuchungen lediglich bei begründeter Indikation wie Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer objektivierbaren Beschwerden beziehungsweise geklagten Funktionseinbussen zu veranlassen (Ziff. 4.3.2.2). Selbst dann ersetzen jedoch diese Verfahren nicht die gutachterlichen Bemühungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einzubeziehen ist . Generell kann einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie

im Rahmen der psychiatrischen Exploration nämlich nur ergänzende Funktion beigemessen

werden; ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 9C_44/2007 vom 7. April 2008 E. 3.2 mit Hinweisen). Da vorliegend anlässlich der psychiatrischen Untersuchung Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit wie erwähnt intakt erschienen und auch keine Hinweise für Gedächtnisstörungen vorliegen hatten, ist der Verzicht auf die Durchführung neuropsychologischer Testverfahren respektive auf die Einholung von Fremdauskünften nicht zu beanstanden .

Dass die Beurteilung der Y.____ -Gutachter - im Gegensatz zum aufgelegten Gutachten der Beschwerdeführerin – nicht in Auseinandersetzung mit der neuropsychologischen Beurteilung von Prof. Dr. phil. F.____ vom September 2007, wonach insgesamt keine Hinweise für kognitive Defizite bestanden, erfolgt, ist nicht entscheidungswesentlich, da daraus keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden können. 4.4.2

Die Beschwerdeführerin brachte weiter vor, es sei irritierend, dass die Beschwerdegegnerin

die Diagnose einer Dysthymie einzig beim Privatgutachten bemängelt habe. In Bezug auf diesen Kritikpunkt ist festzuhalten, dass die Ausführungen in der Verfügung vom 19. Januar 2012 (Urk. 2) dahingehend zu verstehen sind, dass die Beschwerdegegnerin nicht die Diagnose an sich, sondern

die aufgrund derselben attestierte quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bemängelte. So hielten denn auch die Y.____ -Gutachter gestützt auf diese psychiatrische Diagnose lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest (Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck [Stressbelastung] und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung [Urk. 8/20 S.

E. 16

Ziff. 3.5.2, S. 17 Ziff. 3.6.4) 4.5

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass auf das Y.____ -Gutachten abgestellt werden kann und der medizinische Sachverhalt als dahingehend betrachtet ist, dass die Beschwerdeführerin in bisheriger Tätigkeit seit Januar 2007 zu 80 % und seit der Begutachtung zu 65 % sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.5.1

Zu prüfen bleibt die Festlegung des Invaliditätsgrades, wobei sich vorab die Frage stellt, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. 5.1.1

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht erwerbstätig einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (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). 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 Verfügungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. 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). 5.1 .2

Aus der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 20. Mai 2009 (Urk. 9/1) und dem IK-Auszug vom 2. Juni 2009 (Urk. 9/7) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin bis Juli 2008 vorwiegend Mutter und Hausfrau war

und hernach

seit der Volljährigkeit ihres jüngsten Sohnes (geboren 1990) als Selbstständig erwerbende wieder in ihrer angestammten Tätigkeit als Coiffeuse in einem Stellenpensum von 20-40 % arbeitete. Anhaltspunkte dafür, dass sie als Gesunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach der Volljährigkeit ihrer Kinder wieder eine 100%ige Erwerbstätigkeit als Massage- und Flussreflexzonenmasseurin ausgeübt hätte, sind keine ersichtlich (Urk. 9/2) . Vielmehr scheint es angesichts der vor der Geburt der Kinder erzielten Einkommen (vgl. dazu IK -Auszug vom 2. Juni 2009, Urk. 8 /7) plausibel, dass sie auch nach der Volljährigkeit ihres jüngsten Sohnes im von der Beschwerdeführerin festgelegten Umfang von 20-40 %

gearbeitet

hätte . Daran vermag nichts zu ändern, dass sie im Jahr 2002 eine Ausbildung in Fussreflexzonenmassage absolviert und Kurse für Rücken- und Nackenmassage besucht hatte und sich damit eine eigene Existenz aufbauen wollte (Urk. 8 /39 S. 24 Ziff. 3.1.4 , Urk. 9/2). Entsprechend blieb die Qualifikation durch die Verwaltung als im Gesundheitsfall mutmaßlich zu 20-40 % erwerblich und zu 60-80 % im Aufgabenbereich Tätige seitens der Beschwerdeführerin zu Recht unbeanstandet .

Zu Gunsten der Beschwerdeführerin kann somit von einem

hypothetischen Erwerbspensum als Gesunde von 40 % ausgegangen werden . Die restlichen 60 % entfallen auf den Aufgabenbereich (Haushalt). 5.2

Nachdem die Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige zu behandeln ist, findet die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung Anwendung (E).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.