

Grundlage der dargebotenen Klinik sowie einer ergänzenden radiologischen Abklärung (Becken ap und HÄlfte axial links) eine Kontusion und Muskelzerrung im Beckenbereich und am Oberschenkel (OS) links sowie eine Scham- und Sitzbeinastfraktur links diagnostiziert wurden (ICD-10-Codierung: S32.50 "Fraktur des Os pubis, geschlossen"). Infolgedessen erfolgte eine Krankschreibung für zwei weitere Wochen (Krankengeschichteseintrag von PD Dr. med. H. ___ vom 3. März 2003 und Befundbericht von Dr. med. I. ___ vom 5. April 2003). Im Rahmen der ab 13. März 2003 aufgenommenen hausärztlichen Betreuung durch Dr. med. J. ___, Ärztin für Allgemeinmedizin, '___', ergab sich eine allmähliche Besserung der Beschwerden im Sitz- und Schambeinbereich, so dass R. ___ ihre Erwerbsarbeit am 19. Mai 2003 wieder voll (50 %) aufnehmen konnte (Berichte vom 18. März 2003, 26. Mai 2003 und 20. August 2003 sowie Unfallschein UVG). Die seit 22. Februar 2003 laufenden Taggeldleistungen des Unfallversicherers wurden entsprechend per 18. Mai 2003 eingestellt.

1.1.4.4. Trotz weitergeführter Heilbehandlung persistierten Restbeschwerden im Sitz- und Schambeinbereich. Erschwerend kamen Medikamentenunverträglichkeiten hinzu. Anlässlich einer von Dr. J. ___ initiierten Untersuchung in der Halbsprechstunde der Klinik E. ___ vom 8. Dezember 2003 wurden eine obere Schambeinastfraktur symphysennahe links sowie eine Sitzbeinastfraktur links (bei Status nach Skisturz am 19. Februar 2003) diagnostiziert. Die röntgenologische Zusatzuntersuchung (Becken ap und HÄlfte axial links) zeigte einen Zustand nach Fraktur des linken oberen Schambeinastes symphysennahe und eine vermehrte Sklerosierung im Bereich des linken Sitzbeinastes bei ansonsten unauffälligen ossären Strukturen. Zum Ausschluss einer Pseudoarthrose und zur Überprüfung der ischiokruralen Muskulatur wurde eine MRI-Abklärung veranlasst (Bericht der Dres. med. F. ___ und K. ___ vom 10. Dezember 2003). Die am 15. Januar 2004 durchgeführte MRI-Untersuchung zeigte eine gut konsolidierte Fraktur im Bereich des Ischiums und des oberen Schambeinastes ohne Anhaltspunkte für neoplastische Veränderungen, entzündliche Prozesse oder Bursitiden. Klinisch wurden eine symmetrische, unauffällige Hüftbeweglichkeit, fehlende Hämatome, eine allseits intakte Sensibilität sowie ein unauffälliges, hinkfreies Gangbild konstatiert und auf eine ausgeprägte Druckdolenz über der Symphyse pubis, eine zusätzliche Druckdolenz im Bereich des Sitzbeines sowie eine Impingementsymptomatik hingewiesen. Mit einer Physiotherapie- und Sitzkissenverordnung wurde die Behandlung vorläufig abgeschlossen (Bericht vom 28. Januar 2004).

Nach einer neuerlichen Untersuchung in der Halbsprechstunde der Klinik E. ___ vom 1. März 2004 (auf Zuweisung von Dr. J. ___ vom 29. Februar 2004) wurde der Verdacht auf eine Ansatzendinopathie bei Status nach Schambeinastfraktur symphysennahe links sowie Sitzbeinastfraktur links (bei Status nach Skisturz am 19. Februar 2003) geäußert. Es erfolgte eine Krankschreibung von 1. bis 15. März 2004, und es wurde eine klinische Verlaufskontrolle der empfohlenen konservativen Therapiemaßnahmen (Wärme, Iontophorese sowie Dehnung der Beckenmuskulatur) vorgesehen (Bericht von Dr. med. L. ___ vom 10. März 2004).

Am 30. April 2004 begab sich R. ___ zu Dr. med. M. ___, Spezialarzt für Chirurgie, speziell Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, '___', in Behandlung. Dieser Arzt diagnostizierte in der Folge ein Polytrauma mit Beckenringfraktur (Schambeinast- und Sitzbeinastfraktur links) und Commotio cerebri sowie diffusen Prellungen und Kontusionen bei Status nach schwerem Skiunfall (Bericht

vom 9. August 2004; s. dazu Stellungnahme von Dr. med. N.____, Spezialarzt für Chirurgie, '____', vom 18. August 2004).

Der Verantwortliche der Klinik E.____ (Dr. L.____) berichtete am 13. August 2004 zuhnden des Unfallversicherers über eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von 1. März bis 30. April 2004 bei persistierenden Schmerzen trotz regelmässiger Behandlung und ausgiebiger analgetischer und physikalischer Therapie sowie diagnostizierter Hüftgelenksdistorsion links (nach Sturz beim Skifahren am 19. Februar 2003) mit Scham- und Sitzbeinastfraktur links (s. auch Bericht von Dr. F.____ und Dr. med. O.____ vom 20. Januar 2005).

Am 13. September 2004 bekräftigte Dr. M.____ gegenüber dem Unfallversicherer die Diagnose eines Polytraumas mit Beckenringfraktur (Schambeinast- und Sitzbeinastfraktur links) und Commotio cerebri sowie diffusen Prellungen und Kontusionen bei Status nach schwerem Skiunfall. Zudem äusserte er den Verdacht auf eine Osteoporose. Er erachtete die Beckenringfraktur als nicht ausgeheilt, vermutete, die verzögerte Knochenheilung sei auf Osteoporose zurückzuführen (relativ geringe Knochendichte), und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Mitte Februar 2004.

Von 8. bis 23. November 2004 war R.____ in der Klinik P.____, '____', hospitalisiert. Dort wurde eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) diagnostiziert und bei besserungsfähigem Zustand eine Arbeitsunfähigkeit von 8. bis 30. November 2004 attestiert (Bericht vom 13. Januar 2005). Die ab 1. Dezember 2004 mit der ambulanten Nachbehandlung befasste Dr. med. Q.____, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, '____', bezeichnete R.____ bei Diagnose einer mittelschweren depressiven Störung mit somatischem Syndrom und seit längerem zeitweilig vorhandenen Suizidalgedanken als seit 1. März 2004 und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Bericht vom 3. März 2005).

Am 22. Januar 2005 bekräftigte Dr. M.____ seine Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit Mitte Februar 2004, wobei er auf eine im Oktober/November 2004 "akutartig aufgetretene" Depression hinwies.

1.1.5.1.1. Auf vertrauensärztliche Empfehlung von Dr. N.____ vom 30. September 2004 liess der Unfallversicherer R.____ durch Dr. med. S.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, '____', begutachten. Dessen am 11. Januar 2005 erstattete Expertise und die diesbezügliche Stellungnahme von Dr. N.____ vom 17. Januar 2005 führten zur Einstellung der Unfallversicherungsleistungen.

Seitens der zuständigen Berufsvorsorgeeinrichtung, Pensionskasse T.____, '____', wurde R.____ mit Wirkung ab 1. April 2005 ein provisorischer Invalidenrentenanspruch zugebilligt (Schreiben vom 12. April 2005). Ausserdem wurden R.____ Leistungen aus einer sogenannten Deltaversicherung zugesichert (Schreiben vom 18. April 2005). Das Arbeitsverhältnis mit der B.____ wurde per Ende März 2005 aufgelöst (vgl. zum Ganzen: Urk. 3/5-10, 9/11-14, 9/24, 9/27-29 und 9/31).

E. 1.2

1.2.1.1. Im Januar 2005 meldete sich R.____ bei der SVA, IV-Stelle, zum Rentenbezug an (Urk. 9/31).

Die Verwaltung erhob daraufhin den IK-Auszug vom 17. Januar 2005 (Urk. 9/28) und den Arbeitgeberbericht vom 12. Januar 2005 (Urk. 9/29), zog die Unfallversicherungsakten bei

finanziellen oder qualitativen Auswirkungen einer solchen Einbusse für deren Beurteilung während der Wartezeit grundsätzlich unerheblich sind (BGE 130 V 99 Erw. 3.2, 118 V 24 Erw. 6d, 105 V 160 Erw. 2a am Ende, mit Hinweisen; ZAK 1986 S. 476 Erw. 3, 1984 S. 230 Erw. 1 und 1980 S. 283 Erw. 2a).

Ein Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG kann nur entstehen, wenn nach Ablauf der Wartezeit eine nicht kompensierbare Erwerbsunfähigkeit respektive qualitative Einschränkung im Aufgabenbereich gegeben ist. Nicht erforderlich ist dagegen, dass während der einjährigen Wartezeit auch bereits die für den Rentenanspruch vorausgesetzte erwerbliche oder aufgabemässige Beeinträchtigung vorliegt. Damit eine Rente zugesprochen werden kann, müssen sowohl die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres als auch die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise Einschränkung im Aufgabenbereich die für die betreffende Rentenabstufung erforderliche Mindesthöhe erreichen (BGE 129 V 418 Erw. 2.1 und 121 V 274 Erw. 6b/cc; AHI 2001 S. 279 Erw. 2; Urteil des EVG vom 5. Mai 2004 in Sachen M. [I 4/04]).

2.2.2.2. Zu ergänzen ist sodann, dass bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt wird. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit (seit 1. Januar 2004) nach Art. 28 Abs. 2 bis IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit beziehungsweise der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 27 bis Abs. 1 IVV, seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 ter IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung). Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis zu Art. 27 bis IVV (seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 ter IVG) wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) bestimmt, wobei sich die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse, beurteilt (BGE 125 V 150 Erw. 2c, mit Hinweisen; SVR 2001 IV Nr. 25 S. 75 ff.). Die Invalidität bestimmt sich in der Folge 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. Von dieser Gerichts- und Verwaltungspraxis abzuweichen besteht auch unter dem ATSG (d.h. seit 1. Januar 2003) keine Veranlassung (BGE 130 V 393 ff. Erw. 3.3).

Bei der Bemessung der Invalidität von im Haushalt tätigen Versicherten ist die Schadenminderungspflicht von erheblicher Relevanz. Nach der Rechtsprechung hat die versicherte Person Verhaltensweisen zu entwickeln, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihr eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten ermöglichen. Der Umstand, dass diese Arbeiten nur mühsam und mit höherem Zeitaufwand bewältigt werden können, begründet nicht ohne weiteres eine Invalidität. Zudem wird eine Unterstützung durch Familienangehörige vorausgesetzt, welche weiter geht als im Gesundheitsfall. Mit Blick auf die bezuglich des Rentenbeginns anzustrebende

Gleichbehandlung von erwerbstätigen und nichterwerbstätigen Versicherten rechtfertigt es sich nicht, diese Gesichtspunkte auch in die Bestimmung des Begriffs der Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG einfliessen zu lassen. Deshalb kann für die Beurteilung der Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im aussererwerblichen Aufgabenbereich nicht von den Ergebnissen einer Haushaltsabklärung ausgegangen werden. Diese Einbusse ist stattdessen - analog zur Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbstätigen - auf der Basis medizinischer Stellungnahmen zu beurteilen. Daraus sollte hervorgehen, ab wann und inwieweit die versicherte Person in ihrer Arbeitsfähigkeit (definiert als funktionelles Leistungsvermögen) im Haushaltsbereich eingeschränkt war (BGE 130 V 101 Erw. 3.3.3).

2.2.3.4. Anzumerken ist ferner, dass der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist. Danach haben die Verwaltung (im Abklärungsverfahren) und das Gericht (im Beschwerdefall) von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 Erw. 2, und 122 V 158 Erw. 1a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 Erw. 3.2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zuungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 Erw. 3b, mit Hinweisen). Unter mehreren behaupteten oder in Betracht fallenden Sachverhalten stellt das Gericht auf denjenigen ab, der ihm am wahrscheinlichsten erscheint. Im Sozialversicherungsrecht besteht kein Rechtsgrundsatz des Inhalts, dass die Verwaltung oder das Gericht im Zweifelsfall zugunsten der versicherten Person zu entscheiden hätte (ARV 1990 Nr. 12).

2.2.4.5. Festzuhalten ist schliesslich, dass hinsichtlich des Beweiswertes von ärztlichen Stellungnahmen (wie Berichten und Gutachten) entscheidend ist, ob diese für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend sind, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzen - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden sind, in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchten, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten und Expertinnen in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a und 122 V 160 Erw. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; ders. in: Fredenhagen [Hrsg.], Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl., Bern 1994, S. 24 f.).

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung ist es grundsätzlich zulässig, dass Verwaltung und Sozialversicherungsgerichte den Entscheid auf versicherungsinterne

Entscheidungsgrundlagen stützen, wobei an die Unparteilichkeit und Zuverlässigkeit solcher Grundlagen allerdings strenge Anforderungen zu stellen sind (BGE 122 V 165 Erw. 3). In Bezug auf die Würdigung von Berichten von Hausärzten und Hausärztinnen darf und soll der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

E. 3

3.1 Streitig ist die Frage, ob im März 2005 (Zeitpunkt der beschwerdeweise beantragten Wartezeitöffnung: März 2004) beziehungsweise spätestens im Juni 2005 (Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids: 10. Juni 2005) das anspruchsbegründende Wartejahr im Sinne von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen war. Zu beurteilen ist mithin lediglich der im Rahmen der Anspruchsprüfung verfahrensweise beziehungsweise durch Einspracheentscheid negativ beschiedene Teilaspekt, ob die Beschwerdeführerin am 10. Juni 2005 während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen war. Zu der sich im Hinblick auf die Anspruchsbeurteilung im Sinne eines weiteren Elements stellenden Anschlussfrage, ob sich an eine allfällige anspruchsbegründende Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen eine Invalidität im Sinne einer einkommensmässigen oder tätigkeitsbezogenen Einschränkung in einer für die betreffende Rentenabstufung erforderlichen Mindesthöhe anschliesst respektive angeschlossen hat, hat sich die Beschwerdegegnerin bislang nicht geäussert, so dass darüber vorliegend nicht zu entscheiden ist. Zur Wahrung des grundsätzlichen Anspruchs auf den doppelten Instanzenzug musste die Sache bei als erstanden zu qualifizierendem Wartejahr zur Invaliditätsbemessung und Neuverfägung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden (so lautet denn auch der Beschwerdeantrag). Soweit indessen der Beschwerdegegnerin gefolgt und die Wartezeit als noch nicht erstanden qualifiziert würde, musste es bei einer Beschwerdeabweisung sein Bewenden haben.

3.2 Die Parteien gehen darin einig, dass die Beschwerdeführerin als im Gesundheitsfall zu 50 % Erwerbstätige zu qualifizieren ist. Sie nahm im April 1999 die zuletzt ausgeübte Teilerwerbstätigkeit bei der B. ___ auf und würde diese Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden im gleichen Umfang auch weiterhin ausüben. Daneben war die Beschwerdeführerin seit jeher im Familienhaushalt tätig. Die Anspruchsprüfung richtet sich folglich nach der gemischten Methode.

3.3 Im Anschluss an den Skiunfall vom 19. Februar 2003 war die Beschwerdeführerin bis und mit 18. Mai 2003 vollstündig arbeitsunfähig. Am 19. Mai 2003 konnte sie die angestammte, körperlich leichte und vorwiegend sitzend zu verrichtende 50 %-Erwerbstätigkeit bei der B. ___ wieder uneingeschränkt aufnehmen. Hinweise auf eine relevante Beeinträchtigung des Leistungsvermögens im hauswirtschaftlichen Bereich während der betreffenden Zeit liegen nicht vor (Berichte von Dr. C. ___ vom 24. Februar 2003 [Urk. 9/27/M1] und 6. März 2003 [Urk. 9/27/M2]; Krankengeschichteinträge der Dres. F. ___ und G. ___ vom 23. Februar 2003 [Urk. 9/27/M9 Beilage] und von PD Dr. H. ___ vom 3. März 2003 [Urk. 9/27/M9 Beilage]; Radiologiebericht von Dr. I. ___ vom 5. April 2003 [Urk. 9/27/M9 Beilage]; Berichte von Dr. J. ___ vom 18. März 2003 [Urk. 9/27/M3], 26. Mai 2003 [Urk. 9/27/M4], 20. August 2003 [Urk. 3/5 = 9/27/M6] und 26. August 2004 [Urk. 9/27/M12]).

Ab 19. Mai 2003 stand die Beschwerdeführerin zwar weiterhin in ärztlicher beziehungsweise therapeutischer Behandlung (analgetische Medikation und Physiotherapie). Indessen fehlt über mehrere Monate hinweg jeder Hinweis auf relevante Beeinträchtigungen im funktionellen Leistungsvermögen, sei es im Erwerbs- oder im Haushaltsbereich. Die von Dr. J. ___ im Bericht vom 20. August 2004 (Urk. 9/27/M6) erwähnten Beckenbeschwerden beim Sitzen und Staubsaugen waren nach hausärztlicher Einschätzung mit keiner relevanten Einschränkung verbunden (vgl. dazu auch Arbeitgeberbericht vom 12. Januar 2005 [Urk. 9/29] S. 2 Ziff. 20).

Eine neuerliche Arbeitsunfähigkeit ist erst wieder ab 1. März 2004 dokumentiert, nachdem die Beschwerdeführerin am 27. Februar 2004 Dr. J. ___ aufgesucht hatte und von dieser kurz darauf mit der Bitte um Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit an die Klinik E. ___ überwiesen worden war (Schreiben vom 29. Februar 2004 [Urk. 9/27/M7]; vgl. auch Bericht vom 26. August 2004 [Urk. 9/27/M12]), wo man zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 15. April 2004 (Bericht von Dr. L. ___ vom 10. März 2004 [Urk. 3/6 = 9/27/M9 Beilage]) und hernach eine solche bis 30. April 2004 attestierte (Bericht der Dres. F. ___ und O. ___ vom 20. Januar 2005 [Urk. 9/13]; Bericht von Dr. L. ___ vom 13. August 2004 [Urk. 3/7 = 9/27/M10]). Weder die am 8. Dezember 2003 noch die am 15. Januar 2004 in der Klinik E. ___ vorgenommenen Untersuchungen hatten zu einer Krankschreibung geführt. Vielmehr waren die damaligen Abklärungen nach konventionell-röntgenologisch bestmöglicher guter Konsolidierung der erlittenen Frakturen und MRI-mässigem Ausschluss neoplastischer Veränderungen, entzündlicher Prozesse oder Bursitiden im betroffenen Bereich bei blosser Physiotherapie- und Sitzkissenverordnung abgeschlossen worden, wobei auch klinisch weitgehend intakte beziehungsweise unauffällige Verhältnisse erhoben worden waren (Berichte der Dres. F. ___ und K. ___ vom 10. Dezember 2003 und 28. Januar 2004 [Urk. 9/27/M9 Beilage]).

Der von der Beschwerdeführerin erstmals am 30. April 2004 aufgesuchte Dr. M. ___ attestierte dann eine durchgehende und weiterhin fortwährende 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Mitte Februar 2004 (Berichte vom 13. September 2004 [Urk. 9/27/M13] und 22. Januar 2005 [Urk. 3/8a = 9/12; auch unter Urk. 9/24]; vgl. auch Stellungnahmen vom 9. August 2004 [Urk. 9/27/M8] und 7. Juli 2005 [Urk. 3/8b]). Für die Zeit von 8. bis 30. November 2004 liegt sodann ein Attest der Klinik P. ___ betreffend einer vollen Arbeitsunfähigkeit vor (Bericht von Dr. med. V. ___ vom 13. Januar 2005 [Urk. 9/14]). Die seit dem 1. Dezember 2004 als behandelnde Psychiaterin fungierende Dr. Q. ___ bescheinigte in der Folge rückwirkend seit 1. März 2004 und bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im erwerblichen Bereich; die Haushaltführung vermöge die Beschwerdeführerin mit geringfügiger Hilfe seitens der Familienangehörigen zu bewältigen (Bericht vom 3. März 2005 [Urk. 3/9 = 9/11]; vgl. auch Stellungnahme vom 4. Juli 2005 [Urk. 3/10]).

3.4.4.4 Wie der vom Unfallversicherer zugezogene Gutachter Dr. S. ___ in seiner die Kriterien der Beweistauglichkeit in den wesentlichen Punkten erfüllenden Expertise vom 11. Januar 2005 (Urk. 9/27/M15) einlässlich und nachvollziehbar darlegte - und wie im Übrigen auch von Dr. N. ___ in seinen Aktenbeurteilungen vom 30. September 2004 [Urk. 9/27/M14] und 17. Januar 2005 (Urk. 9/27/M16) bestätigt wurde -, ist die von Dr. M. ___ gestellte Diagnose einer Commotio cerebri beziehungsweise einer HWS-Distorsion rein spekulativ und weder anamnestisch noch morphologisch gesichert (Urk. 9/27/M15 S. 10 Ziff. 5). Wie von Dr. S. ___ zutreffend dargetan, geht Dr. M. ___ diesbezüglich von

falschen anamnestischen Grundlagen aus: Weder war die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 19. Februar 2003 hospitalisiert noch sind in den Aufzeichnungen von Dr. C.____ irgendwelche multiplen und/oder diffusen Prellungen und Kontusionen erwähnt. Von dem die Beschwerdeführerin vom 19. bis zum 21. Februar 2003 behandelnden Arzt wurden lediglich Schmerzen im Bereich des Gesässes und des Beckens sowie ein Hämatom am linken Oberschenkel lateral vermerkt (Urk. 9/27/M1-2), und auch in den Verlautbarungen der Verantwortlichen der Klinik E.____ und von Dr. J.____ finden sich keine die These von Dr. M.____ unterstützenden Hinweise (Urk. 9/27/M3-4, 3/5 = 9/27/M6, 9/27/M9 Beilagen und 9/27/M12). Wie Dr. S.____ - und mit ihm Dr. N.____ - weiter plausibel nachgewiesen hat, zeigte die in der Klinik E.____ am 15. Januar 2004 getätigte MRI-Untersuchung eine gute Konsolidierung der von der Beschwerdeführerin erlittenen Sitz- und Schambeinastfraktur (Urk. 9/27/Beilage). Die von Dr. S.____ selbst veranlassten bildgebenden Abklärungen im Institut W.____, '____', vom 28. Dezember 2004 (Röntgen: HWS ap und seitlich, Becken ap liegend; MRI: Becken) ergaben laut Befund von Dr. med. X.____, Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin, weitgehend normale Verhältnisse im HWS-Bereich (bloss leichte Retrolisthesis C3/4), verheilte beziehungsweise normale ossäre und Artikulationsverhältnisse der Hüft- und Ileosakralgelenke sowie eine anscheinend vollständige ossäre Durchbauung des beim Skiunfall vom 19. Februar 2003 frakturierten linken Sitzbeinastes ohne postkontusionelle Veränderungen (Urk. 9/27/M15 S. 7 f. Ziff. 4). Diagnostisch ist demnach in somatischer Hinsicht von einer Periarthropathia coxae bei Status nach Scham- und Sitzbeinastfraktur am 19. Februar 2003 sowie einer Zervikobrachialgie links auszugehen (Urk. 9/27/M15 S. 9 Ziff. 5 und S. 12 Ziff. 4). Gestützt auf die in den wesentlichen Zügen überzeugende Einschätzung von Dr. S.____ ist diesbezüglich eine relevante Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Erwerbstätigkeit zu verneinen. Die empfohlene und zumutbare Zuhilfenahme eines gut gepolsterten Sitzkissens (wie seitens der Klinik E.____ bereits am 28. Januar 2004 propagiert; Urk. 9/27/M9 Beilage) wie auch das gelegentliche Arbeiten im Stehen ist bei einer - der Behinderung im Alltag weitgehend angepassten - Bortätigkeit offenkundig mit keiner erheblichen Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens verbunden (Urk. 9/27/M15 S. 10 Ziff. 5 und S. 13 f. Ziff. 6.2-3). Im Lichte der Ausführungen der Verantwortlichen der Klinik E.____ vom 10. Dezember 2003 (Urk. 9/27/M9 Beilage), 28. Januar 2004 (Urk. 9/27/M9 Beilage), 10. März 2004 (Urk. 3/6 = 9/27/M9 Beilage), 13. August 2004 (Urk. 3/7 = 9/27/M10) und 20. Januar 2005 (Urk. 9/13) sowie angesichts des von Dr. M.____ seit Behandlungsaufnahme stets als stabil beziehungsweise besserungsfähig geschilderten Zustands (Berichte vom 13. September 2004 [Urk. 9/27/M13], 22. Januar 2005 [Urk. 3/8a = 9/12; auch unter Urk. 9/24] und 7. Juli 2005 [Urk. 3/8b]) ist von der rückwirkenden Gültigkeit der gutachterlichen Einschätzung auszugehen. Die von der zuständigen Berufsvorsorgeeinrichtung auf der Grundlage der nicht überzeugenden Einschätzungen von Dr. M.____ getroffenen Vorkehrungen (Urk. 9/24 Beilagen) vermögen daran nichts zu ändern. Da die Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter über Beschwerden vor allem beim Sitzen auf harter Unterlage klagte und einräumte, beim Stehen und Gehen (mit Ausnahme abrupter Bewegungen) praktisch beschwerdefrei zu sein (was mit dem klinisch erhobenen hinkfreien und flüssigen Gangbild, dem Fehlen wesentlicher Muskelatrophien sowie der im Seitenvergleich nur wenig eingeschränkten Hüft- und Kniebeweglichkeit korrespondiert; Urk. 9/27/M15 S. 4 f. Ziff. 2, S. 5 f. Ziff. 3 und S. 9 Ziff. 5), und darüber hinaus verschiedentlich angab, den Haushalt weitgehend selbstständig führen zu

kÄ¶nnen (Urk. 9/27/M15 S. 5; Urk. 3/9 = 9/11), fehlen auch weiterhin stichhaltige Anhaltspunkte fÄ¼r eine relevante kÄ¶rperlich bedingte funktionelle LeistungseinschrÄ¶nkung im aussererwerblichen Bereich.

Was die psychische Komponente betrifft, wurde echtzeitlich erstmals mit Eintritt in die Klinik P.____ am 8. November 2004 eine ArbeitsunfÄ¶higkeit attestiert (Bericht von Dr. V.____ vom 13. Januar 2005 [Urk. 9/14]). Eine retrospektive ArbeitsunfÄ¶higkeitsbescheinigung aus psychischen GrÄ¼nden wurde seitens der Klinik P.____ nicht abgegeben. Weder in den im Jahr 2003 erstellten Arztberichten (Berichte von Dr. C.____ vom 24. Februar 2003 [Urk. 9/27/M1] und 6. MÄ¶rz 2003 [Urk. 9/27/M2]; KrankengeschichteintrÄ¶ge der Dres. F.____ und G.____ vom 23. Februar 2003 [Urk. 9/27/M9 Beilage] und von PD Dr. H.____ vom 3. MÄ¶rz 2003 [Urk. 9/27/M9 Beilage]; Radiologiebericht von Dr. I.____ vom 5. April 2003 [Urk. 9/27/M9 Beilage]; Berichte von Dr. J.____ vom 18. MÄ¶rz 2003 [Urk. 9/27/M3], 26. Mai 2003 [Urk. 9/27/M4] und 20. August 2003 [Urk. 3/5 = 9/27/M6]; Bericht der Dres. F.____ und K.____ vom 10. Dezember 2003 [Urk. 9/27/M9 Beilage]) noch in den im Jahr 2004 bis zum Eintritt in die Klinik P.____ aktenkundigen Ä¶rztlichen Verlautbarungen (Berichte der Klinik E.____ vom 28. Januar 2004 [Urk. 9/27/M9 Beilage], 10. MÄ¶rz 2004 [Urk. 3/6 = 9/27/M9 Beilage] und 13. August 2004 [Urk. 3/7 = 9/27/M10]; Schreiben und Bericht von Dr. J.____ vom 29. Februar 2004 [Urk. 9/27/M7] bzw. 26. August 2004 [Urk. 9/27/M12]; Berichte und Stellungnahmen von Dr. M.____ vom 9. August 2004 [Urk. 9/27/M8] und 13. September 2004 [Urk. 9/27/M13]) ist von leistungsrelevanten psychischen Problemen die Rede. Im Bericht von Dr. Q.____ vom 3. MÄ¶rz 2005 (Urk. 3/9 = 9/11) wird lediglich erwÄ¶hnt, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin seit MÄ¶rz 2004 nicht mehr gearbeitet habe. Die in der Diagnose enthaltene Zeitangabe ("seit ca. 1 Jahr") wird nicht weiter unterlegt, und es fehlt mithin an einer stichhaltigen Untermauerung der rÄ¼ckwirkend seit 1. MÄ¶rz 2004 bescheinigten 100%igen ArbeitsunfÄ¶higkeit. Die von Dr. Q.____ zuhanden der Rechtsvertretung der BeschwerdefÄ¼hrerin erstattete Stellungnahme vom 4. Juli 2005 (Urk. 3/10) fÄ¼hrt in zeitlicher Hinsicht auch nicht weiter. Da Dr. M.____ am 22. Januar 2005 angab, die zum Eintritt in die Klinik P.____ fÄ¼hrende Depression sei "akutartig", mithin gleichsam ohne lÄ¶ngere Vorlaufzeit aufgetreten (Urk. 3/8a = 9/12; auch unter Urk. 9/24), fehlt eine tragfÄ¶hige beweismÄ¶ssige Grundlage fÄ¼r die Annahme einer vor Oktober/November 2004 eingetretenen psychisch bedingten Einbusse an funktionellem LeistungsvermÄ¶gen im Erwerbs- oder Haushaltsbereich. Dies, zumal die aus psychiatrischer Sicht entscheidende SuizidalitÄ¶t von Dr. V.____ zeitlich auf zirka Anfang Oktober 2004 angesetzt wurde (Urk. 9/14), wÄ¶hrend Dr. Q.____ im Widerspruch dazu von einem seit zirka MÄ¶rz 2004 andauernden Zustand ausging (Urk. 3/9 = 9/11). Allein der Umstand der prÄ¶morbiden Vorbelastung (fast 1-jÄ¶hrige depressive Phase vor ca. 15 Jahren, d.h. um 1990; Urk. 3/9 = 9/11) und erschwerten psychosozialen Situation (Konflikte mit dem an MS erkrankten Ehemann und Sorgen um die beiden SÄ¶hne; Urk. 3/9 = 9/11 und 9/14) fÄ¼hrt mangels echtzeitlicher ArbeitsunfÄ¶higkeitsbescheinigungen noch nicht zur Ä¼berwiegend wahrscheinlichen Annahme einer leistungsmÄ¶ssig relevanten BeeintrÄ¶chtigung seit Februar/MÄ¶rz oder spÄ¶testens Juni 2004, wenngleich eine allmÄ¶hlich zunehmende depressive Verstimmung nicht von der Hand zu weisen ist.

3.5Ä¶Ä¶Ä¶ Alles in allem mangelt es mithin fÄ¼r den beurteilungsrelevanten Zeitraum (bis 10. Juni 2005) am rechtsgenÄ¼genden Nachweis einer anspruchsbegrÄ¼ndenden, wÄ¶hrend eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens

40%igen Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG.

4. Zusammengefasst für die zur Abweisung der gegen die am 27. April 2005 verurteilte und am 10. Mai 2005 bestätigte Leistungsabweisung mangels erstandener Wartezeit gerichteten Beschwerde. Auf die Möglichkeit einer Neuanschuldung nach erstandener Wartezeit hat die Beschwerdegegnerin am 27. April 2005 bereits hingewiesen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Pensionskasse T.____

- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in 3-facher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege [Bundesrechtspflegegesetz/OG] in Verbindung mit Art. 106 OG und Art. 108 OG).

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