

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00161 vom 20. Februar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00161

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00161 du 20 février 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00161 del 20 febbraio 2008

Erwägungen

E. 2

Es sei festzustellen, dass ab dem 1.11.05 keine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist.

E. 2.6

Die Umschreibung des Prozessthemas ist nach den Regeln über den Anfechtungs- und Streitgegenstand zu verfahren. Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches - im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes - den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungsgegenstand und Streitgegenstand sind identisch, wenn die Verfügung insgesamt angefochten wird. Bezieht sich demgegenüber die Beschwerde nur auf einzelne der durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisse, gehören die nicht beanstandeten Rechtsverhältnisse zwar wohl zum Anfechtungs-, nicht aber zum Streitgegenstand.

In der Verwaltungsverföugung festgelegte - somit Teil des Anfechtungsgegenstandes bildende -, aber aufgrund der Beschwerdebegehren nicht mehr streitige - somit nicht zum Streitgegenstand zählende - Fragen präft der Richter nur, wenn die nicht beanstandeten Punkte in engem Sachzusammenhang mit dem Streitgegenstand stehen. Insbesondere wenn bei einer abgestuften/befristeten Rente nur die Abstufung beziehungsweise die Befristung streitig ist, wird damit die richterliche überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben (BGE 125 V 413 ff.).

3. Die Äußerung

3.1 Streitgegenstand und zu präfen ist grundsätzlich, ob sich im Vergleich zum Zeitraum vom 1. November 2004 bis zum 31. Oktober 2005 ab dem 1. November 2005 der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einer für den Rentenanspruch so erheblichen Weise verbessert hat, dass der Beschwerdeführerin nunmehr nur noch eine halbe Invalidenrente zusteht. Wie erwähnt (Erw. 2.6), erstreckt sich die richterliche Prüfbefugnis nicht nur auf den Streitgegenstand, sondern bildet das umstrittene Rechtsverhältnis - vorliegend die Rentenfrage - das Prozessthema. In der Folge ist daher zunächst die Frage zu präfen, ob die ebenfalls mit Verfügung vom 20. April 2006 (Urk. 3/2) erfolgte und unangefochten gebliebene vorübergehende Erhöhung der ursprünglich zugesprochenen halben Rente auf eine ganze Rente ab dem 1. November 2004 bis zum 31. Oktober 2005 korrekt war. Sofern diese Frage zu bejahen

ist, ist ausserdem zu prüfen, ob die Rentenherabsetzung per 1. November 2005 richtig war.

3.2.1.1

3.2.1 Die IV-Stelle stützte sich bei ihrer ursprünglichen Rentenverfugung vom 24. August 1999 (Urk. 9/19) im Wesentlichen auf die Beurteilungen von Dr. B. ___ vom 22. September 1998 (Urk. 9/8) und das Gutachten der Rheumaklinik des C. ___ vom 29. Dezember 1998 (Urk. 9/13; siehe Feststellungsblatt vom 15. Februar 1999, Urk. 9/16).

3.2.2 Im erwähnten Bericht diagnostizierte Dr. B. ___ ein pseudoradikulares cervico-thoracales chronisches Schmerzsyndrom bei Fehlhaltung, muskulärer Insuffizienz und Dysbalance. Neurologische Auffälligkeiten hatten nicht nachgewiesen können. Eine MR-Untersuchung habe nur leichte Degenerationszeichen an den cervicalen und oberen thoracalen Segmenten (Chondrose, minimale Spondylose), jedoch keine Diskushernie und keine Hinweise auf eine neurale Kompression ergeben. Er attestierte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und hielt fest, dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei, da die Beschwerdeführerin darauf mit Schmerzen und Erschöpfung reagiere.

3.2.3.1 Am 11. Dezember 1998 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der IV-Stelle in der Rheumaklinik des C. ___ begutachtet (Gutachten vom 29. Dezember 1998, Urk. 9/13), und es wurden folgende Diagnosen gestellt: Lumbovertebralsyndrom und Thorakovertebralsyndrom bei Fehlhaltung/-form der Wirbelsäule sowie Dekonditionierung und degenerativen Veränderungen; anamnestisch Kopfschmerzen, Beinschwäche und attackenartig auftretende Armschwäche. Die Beschwerdeführerin sei wegen der aktuellen Beschwerden in der angestammten Tätigkeit momentan nur zu 50 % arbeitsfähig. Nach adäquater Physiotherapie könne eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf mindestens 75 % erwartet werden (Urk. 9/13/7).

3.3.1.1

3.3.1 Am 4. Oktober 2004 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik für Rheumatologie des I. ___ ambulant untersucht (Urk. 9/58/6-7), und es wurde die Diagnose eines thorakolumbovertebralen Syndroms mit/bei Verhebetauma vor fünf Wochen, Wirbelsäulenfehlform, Haltungsinsuffizienz und degenerativen Veränderungen gestellt.

3.3.2 Am 16. November 2004 diagnostizierte Dr. F. ___ ein thorakolumbovertebrales Syndrom. Am 19. August 2004 habe sich die Beschwerdeführerin ein Verhebetauma zugezogen und leide seither unter invalidisierenden Rückenschmerzen. Ab dem 20. August 2004 attestierte er eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit, hielt aber fest, dass eine 50%-Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden sollte (Urk. 9/31/1-2). Am 18. Februar 2005 (Urk. 9/36) diagnostizierte Dr. F. ___ ein chronisches thorakovertebrales Syndrom und ging weiterhin von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit aus.

3.3.3 Im zu Händen der SWICA erstellten Gutachten vom 10. März 2005 (Urk. 9/49) stellte Dr. E. ___ die Diagnose einer Ausdehnung eines chronischen zerviko-thorakalen Schmerzsyndroms und äusserte den Verdacht auf Fehlverarbeitung und Somatisierung. In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin nach ihrem subjektiven Empfinden vollumfänglich arbeitsfähig. Insgesamt attestierte er eine 25%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/49/6). Ausserdem merkte er an, dass sich die Beschwerdeführerin im Gespräch im Wesentlichen auf die stete Wiederholung ihrer

Beschwerden beschränkt habe, wobei die dabei gezeigte Gestik und Mimik mit den angegebenen Beeinträchtigungen nicht im Einklang gestanden sei (Urk. 9/49/5).

3.3.4 Der Rheumatologe Dr. B. ___ vermerkte in seinem Arztbericht vom 30. Mai 2005 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Cervicovertebralsyndrom, ein lumbovertebrales Syndrom sowie zusätzlich eine seit dem Jahre 2004 bestehende Impingement-Symptomatik der rechten Schulter (Urk. 9/40/1) und attestierte ab dem 1. Dezember 2004 bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Er führte aus, dass sich die Beschwerdeführerin am 15. November 2004 erstmals wieder bei ihm gemeldet und über Schulterschmerzen rechts mit Ausstrahlungen in den rechten Arm geklagt habe. Das Beschwerdebild habe nicht richtig der HWS zugeordnet werden können, weshalb eine Zuweisung in die D. ___ erfolgt sei (Urk. 9/40/2).

3.3.5 Gemäss Bericht der D. ___ vom 1. Juli 2005 (Urk. 9/41/5) wurde anlässlich der Untersuchung in der Wirbelsäulensprechstunde vom 14. Juni 2005 bei der Beschwerdeführerin eine Pathologie der HWS ausgeschlossen und eine Impingement-Symptomatik rechts bei Bursitis im Capsulitis diagnostiziert. Eine MR-Untersuchung der rechten Schulter vom 9. Mai 2005 habe keine Rotatorenläsion, kein eindeutiges Impingement beziehungsweise Einengung subacromial und mässige Zeichen der Bursitis subacromialis sowie der retraktilen Capsulitis ergeben. Am 3. August 2005 wurde die Beschwerdeführerin in der Schultersprechstunde der D. ___ untersucht, und es wurde die Diagnose eines subacromialen Impingements bei Verdacht auf Supraspinatussehnen-Partialruptur (bursaseitig) rechts gestellt (Berichte vom 26. Oktober 2005, Urk. 9/45/4 und 9/45/6). Zur Abklärung der Verdachtsdiagnose sei eine Schulterarthroskopie indiziert. Sollte sich der Verdacht bestätigen, könne dieser Zustand durchaus deutliche Schulterschmerzen bewirken, welche sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (Urk. 9/45/5). Die empfohlene Schulterarthroskopie fand allerdings in der Folge offenbar nicht statt.

3.3.6 Vom 3. bis zum 21. Oktober 2005 war die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik H. ___ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 24. Oktober 2005 diagnostizierten die dort untersuchenden Ärzte sowohl ein therapierefraktes cervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom, rechtsbetont bei Fehlhaltung der Wirbelsäule und ausgeprägter muskulärer Dysbalance sowie Generalisierungstendenz, als auch eine Periarthropathia humeroscapularis rechts bei Impingement-Symptomatik (Urk. 9/58/1). Der periphere Gelenkstatus habe ausser einem angedeuteten Impingement im Bereich der rechten Schulter keine eindeutige Pathologie gezeigt, neurologisch hätten keine Hinweise für ein cervikoradikulares oder lumboradikulares Reiz- oder Ausfallsyndrom gefunden werden können. Die durchgeführte sonographische Abklärung des rechten Schultergelenkes habe höchstens dem Alter entsprechende degenerative Veränderungen im Supraspinatusbereich aufzeigen können, jedoch nach wie vor keine Hinweise auf eine Rotatorenmanschettenläsion oder Bursitis subacromialis ergeben. Allerdings könne die etwas unregelmässige Hackenform des Acromions zusammen mit der Fehlhaltung der Beschwerdeführerin die Impingement-Symptomatik der rechten Schulter erklären. Das AC-Gelenk selbst sei aber kongruent und zeige keinerlei Hinweise für einen floriden entzündlichen Prozess. Aus rheumatologischer Sicht finde sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerdeangaben und den objektivierbaren Befunden. Die Ärzte vermuteten zusätzliche, nicht rheumatologische Faktoren, die zu

einer zunehmenden Generalisierung des Beschwerdebildes fÄ¼hrten (Urk. 9/58/2). Aus rheumatologischer Sicht attestierten sie der BeschwerdefÄ¼hrerin eine mindestens 50%ige ArbeitsfÄ¼higkeit fÄ¼r eine leichte bis mittelschwere kÄ¼rperliche TÄ¼tigkeit, wobei sich repetitive und stereotype TÄ¼tigkeiten, vor allem Ä¼berkopfarbeiten, ungÄ¼nstig auf das Beschwerdebild auswirkten.

3.3.7 Am 6. Januar 2006 (Urk. 9/51) beantragte Dr. F.____ eine ErhÄ¼hung der bisherigen halben auf eine ganze Rente und stellte die Diagnose eines generalisierten Schmerzsyndroms sowie einer depressiven Entwicklung. Die RÄ¼ckenschmerzen hÄ¼tten sich vor Ä¼ber einem Jahr akut verschlechtert. UrsprÄ¼nglich seien sie nur im Bereich der BWS aufgetreten, sie hÄ¼tten sich aber Ä¼ber den ganzen KÄ¼rper ausgedehnt. Der stationÄ¼re Aufenthalt in H.____ habe keine VerÄ¼nderung gebracht. Die BeschwerdefÄ¼hrerin zeige depressive Zeichen. Sie habe keine Ressourcen, um mit der Situation umzugehen. Zudem trÄ¼ten zunehmend familiÄ¼re Spannungen auf. Am 13. Januar 2006 (Urk. 9/54) beantwortete er spezifische Fragen der Beschwerdegegnerin und diagnostizierte 1. ein therapieresistentes Panvertebralsyndrom bei/mit Fehlform und -haltung der WirbelsÄ¼ule, muskulÄ¼rer Dysbalance und Generalisierungstendenz; 2. eine PHS rechts; 3. eine Depression. Seit einer Fehlbewegung am 19. August 2004 sei die BeschwerdefÄ¼hrerin voll arbeitsunfÄ¼hig. Subjektiv seien die RÄ¼ckenschmerzen maximal. Er kÄ¼nne weder die ArbeitsfÄ¼higkeitseinschÄ¼tzung des Rehaklinik H.____ noch diejenige von Dr. E.____ teilen. Die depressive Komponente habe einen negativen Einfluss, und es stelle sich die Frage der psychischen Komponente bei der ArbeitsunfÄ¼higkeit, weshalb er die BeschwerdefÄ¼hrerin beim Psychiater Dr. L.____ angemeldet habe. An therapeutischen MÄ¼glichkeiten stehe allenfalls noch eine Psychotherapie offen, ansonsten sehe er keine TherapiemÄ¼glichkeiten mehr. In seinem zusammen mit der Beschwerde eingereichten Bericht vom 10. Mai 2006 (Urk. 3/4 = Urk. 9/71) hielt Dr. F.____ fest, dass die von den behandelnden Ä¼rzten in H.____ erwÄ¼hnte Verbesserung des Zustandes reines Wunschdenken sei und nicht der RealitÄ¼t entspreche. Nach der Reha sei es der BeschwerdefÄ¼hrerin nicht besser gegangen, einzig die EinschÄ¼tzung der LeistungsfÄ¼higkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin durch die Ä¼rzte habe sich geÄ¼ndert. Er sei mit einer Verminderung der Rente nicht einverstanden. Dies decke sich auch mit der EinschÄ¼tzung des Vertrauensarztes der SWICA, welche zwischen MÄ¼rz und Dezember 2005 keinen Unterschied erkennen lasse. Am 15. Januar 2007 (Urk. 3/5) attestierte Dr. F.____ der BeschwerdefÄ¼hrerin eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit und wies darauf hin, dass diese zusehends depressiver werde. Als einzige Chance sehe er noch die MÄ¼glichkeit einer psychiatrischen Begutachtung durch die IV.

3.3.8 Die Psychiaterin Dr. J.____, welche die BeschwerdefÄ¼hrerin im Auftrag der IV-Stelle fachÄ¼rztlich begutachtete, konnte gemÄ¼ss ihrem Gutachten vom 23. Februar 2006 (Urk. 9/61) keine psychiatrische StÄ¼rung diagnostizieren (Urk. 9/61/14) und aus ihrer fachÄ¼rztlichen Warte keine BeeintrÄ¼chtigung der ArbeitsfÄ¼higkeit feststellen (Urk. 9/61/15).

3.3.9 Im Rahmen des Einspracheverfahrens wurde die BeschwerdefÄ¼hrerin im Auftrag der IV-Stelle am 12. Juli 2006 noch vom Rheumatologen Dr. K.____ fachÄ¼rztlich begutachtet (Gutachten vom 2. August 2006, Urk. 9/78). Es fÄ¼hrt auf, dass Dr. K.____ in der klinischen Untersuchung der rechten Schulter ein symmetrisches Muskelrelief feststellte, einzig eine diskrete Atrophie des rechten M. infraspinatus kÄ¼nne aspektmÄ¼ssig nicht ganz ausgeschlossen werden. Isometrisch seien keine eindeutigen

Defizite erkennbar. Beim Aufsitzen aus Rückenlage (Langsitz) könne die Beschwerdeführerin sich mit dem rechten Arm aufziehen und anschliessend absetzen. Der maximale Oberarmumfang betrage symmetrisch 28 cm. Scapulathorakal stellte er beidseits eine freie Beweglichkeit fest. Die Prüfung des glenohumeralen Jointplays habe beidseits keine verbindlichen Unterschiede ergeben, die Translation sei nicht behindert. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den somatisch objektivierbaren Befunden und dem Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin. Während des Anamnesegesprächs hätten sich keine Funktionsbehinderungen des Nackens oder der Schulter erkennen lassen, erst beim Ausziehen des Pullovers habe die Beschwerdeführerin demonstrativ darauf hingewiesen, dass der rechte Oberarm nicht über 90° abduziert werden könne. Der Hartspann der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur sei links deutlich ausgeprägter als rechts. Während der klinischen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin «marionettenhaft» verhalten, die Bewegungen hätten gestellt, steif und nicht frei gewirkt. Eine Prüfung der an der Rotatorenmanschette beteiligten Muskulatur sei an der Selbstlimitierung gescheitert. Die Untersuchung des rechten Hüftgelenks ergab in Rückenlage einen massiven Bewegungsschmerz mit Blockierung der Bewegung, in Bauchlage dann eine freie Beweglichkeit. Das sich beim Vorwärts- und Rückwärtsgehen verändernde Gangbild lasse ebenfalls eine funktionelle Komponente vermuten. Es bestehe am Vorliegen einer Schmerzstörung im weitesten Sinne kein Zweifel. Dr. K. ___ bejahte eine gewisse Verschlechterung seit der Verletzung vom 24. August 1999, diese stütze sich aber in erster Linie auf subjektive, objektiv nicht messbare Fakten ab (Urk. 9/78/5). Seither hätten vor allem die Schmerzen zugenommen, ausserdem die Einschränkung der aktiven Schulterfunktion, wobei letztere eine eindeutige strukturelle Erklärung fehle. Es seien nicht die somatisch-strukturellen Veränderungen, welche die Prognose negativ belasteten, sondern vor allem die Schmerzchronifizierung im Sinne der Schmerzstörung. Dr. K. ___ attestierte aus seiner fachärztlichen Warte eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % für eine leichte manuelle Tätigkeit, die (sitzend oder stehend) auf Tischhöhe verrichtet werden könne und keine Abduktion des rechten Oberarmes über 70° erfordere. «Berkopfarbeiten seien nicht durchführbar (Urk. 9/78/6).

3.4.4.4 Aus diesen medizinischen Akten wird klar, dass bei der Beschwerdeführerin nach einem Ereignis im August 2004, dessen Hergang - was aber in der vorliegenden Streitsache nicht von Relevanz ist - in den Akten unterschiedlich beschrieben wird, von den behandelnden Ärzten eine Verschlimmerung der vorbestehenden Schulter- und Rückenproblematik festgestellt wurde und insbesondere die Schulterbeschwerden Anlass zu diversen Abklärungsmassnahmen und Klinikaufenthalten gaben. Insgesamt führten diese Umstände zur Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit durch die behandelnden Ärzte. Obschon aufgrund der aktenkundigen ärztlichen Befunde insgesamt gewisse Zweifel an einer objektiven Verschlimmerung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin angebracht sind, ist bei einer wohlwollenden Betrachtungsweise und in Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 2 IVV die vorgenommene Erhöhung der bisherigen halben Rente auf eine ganze Rente ab 1. November 2004 nicht zu beanstanden, da verschiedenste Untersuchungsmassnahmen insbesondere zur Abklärung der Schulterbeschwerden vorgenommen wurden und die Befunde unklar waren.

E. 3

Es sei folglich die Rente der Beschwerdeführerin nicht herabzusetzen, sondern seit November 2005 auf der bisherigen ganzen Rente zu belassen.

E. 3.5

3.5.1.1. Im Folgenden bleibt daher noch zu prüfen, ob sich im Vergleich zum Zeitraum vom 1. November 2004 bis zum 31. Oktober 2005 der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einer für den Rentenanspruch so erheblichen Weise verbessert hat, dass der Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2005 nunmehr nur noch eine halbe Invalidenrente zusteht.

3.5.2. Die IV-Stelle prüfte die Frage der Verbesserung des Gesundheitszustandes im Wesentlichen anhand des Berichts der Rehaklinik H. (Urk. 9/58) und des psychiatrischen Gutachtens von Dr. J. (Urk. 9/61, siehe Feststellungsblatt vom 17. März 2006, Urk. 9/62/6) sowie anhand des im Rahmen des Einspracheverfahrens erstellten Gutachtens von Dr. K. (Urk. 9/78, siehe Feststellungsblatt für den Beschluss vom 4. Januar 2007, Urk. 9/81).

Insgesamt wurden zur Abklärung der Ursache der Rücken- und insbesondere der Schulterbeschwerden diverse medizinische Untersuchungen durchgeführt, welche jedoch allesamt keine schwerwiegenden pathologischen Befunde ergaben. Aufgrund der Resultate einer in der Rehaklinik H. durchgeführten sonographischen Untersuchung der Schulter und in Kenntnis der MRI-Schulteruntersuchung vom 9. Mai 2005 kamen die Ärzte der Rehaklinik zum Schluss, dass keine Rotatorenmanschettenruptur vorliege und die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei (Urk. 9/58/2). Sowohl die Beurteilung einer 50 %-Arbeitsfähigkeit der Ärzte der Rehaklinik als auch deren Auffassung, wonach keine Rotatorenmanschettenläsion vorliege, wurde in der Folge vom begutachtenden Rheumatologen Dr. K. bestätigt. Das Gutachten von Dr. K. erfüllt die Voraussetzungen gemäss Erw. 2.5 für ein voll beweiskräftiges Gutachten und es kann vollumfänglich auf dessen Schlussfolgerungen abgestellt werden. Auch die Äusserungen von Dr. F. in seinem Bericht vom 10. Mai 2006 (Urk. 3/4) vermögen daran nichts zu ändern und keine berechtigten Zweifel an der Richtigkeit der Einschätzung von Dr. K. zu wecken, zumal das Gericht ohnehin in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc) und Dr. F. zudem vom Vorliegen einer Depression mit allenfalls Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausging, was durch die fachärztliche psychiatrische Begutachtung jedoch nicht bestätigt wurde (Urk. 9/61/14f.). Seinen Berichten (Urk. 3/4-5, Urk. 9/51, Urk. 9/54 und Urk. 9/71) fehlt jegliche kritische Auseinandersetzung mit den Angaben der Beschwerdeführerin, das heisst er berichtet vorwiegend über die von ihr geklagten Schmerzen, ohne diese mit eigenen objektiven Befunden zu verifizieren, was vom hausärztlichen Standpunkt aus betrachtet noch nachvollzogen werden kann, in Bezug auf einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung jedoch nicht massgebend ist. Auch der Bericht des Vertrauensarztes der SWICA, Dr. med. E., vom 10. März 2005 (Urk. 9/49/4-7), auf den sich Dr. F. unter anderem beruft, vermag nicht zu überzeugen. Offenkundig lagen Dr. E. nicht alle medizinischen Berichte vor, weshalb ihm denn auch nicht bekannt war, weshalb die

Beschwerdeführerin von der Invalidenversicherung ursprünglich eine Rente erhalten hatte (Urk. 9/49/4). Zur Hauptsache besteht sein Bericht aus der Wiedergabe seines Gespräches mit der Beschwerdeführerin (Urk. 9/4/5-6), seine eigenen Befunde sind demgegenüber sehr knapp gehalten und nur bedingt aussagekräftig (Urk. 9/4/6). In seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nimmt er primär die von der Beschwerdeführerin subjektiv geäußerte auf, was nicht angeht, um diese dann, ohne nähere medizinische Begründung, doch ein wenig zu relativieren (von 100 % auf 75 %, siehe Urk. 9/49/6). Auf eine solche Beurteilung kann jedoch auf keinen Fall abgestellt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wie die Beschwerdeführerin richtig ausführt und nicht bestreitet (Urk. 1 S. 4 Ziff. 11), lassen sich nach Auffassung von Dr. K.____ ihre Leiden nicht mit objektivierbaren somatischen Faktoren erklären. Angesichts der im Bericht der Rehaklinik angedeuteten und aus dem Gutachten von Dr. K.____ deutlich hervorgehenden Diskrepanzen zwischen ihrem Verhalten und den objektiven Befunden stellt sich zudem die Frage, ob die geklagten Beschwerden überhaupt eine objektiv fassbare Ursache haben. Jedenfalls ist vorliegend eine von der Beschwerdeführerin subjektiv empfundene fehlende Verbesserung ihres Gesundheitszustandes unbeachtlich, zumal wie erwähnt gemäss dem fachärztlichen Gutachten der Psychiaterin Dr. J.____ keine psychische Störung vorliegt.

3.5.3 Ä Ä Alles in allem war jedenfalls spätestens im Zeitpunkt des Austritts der Beschwerdeführerin aus der Rehaklinik H.____ am 21. Oktober 2005 erstellt, dass keine Rotatorenmanschettenruptur vorlag und dass ab diesem Zeitpunkt in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % bestand.

4.

4.1 Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin ist bei der Bemessung des möglichen Valideneinkommens für das Jahr 2004 von einem Betrag von Fr. 54'100.-- ausgegangen (siehe Urk. 9/62/5, Urk. 7/65/1-2 und Urk. 7/81/3). Dabei hat sie sich gemäss Feststellungsblatt vom 17. März 2006 offensichtlich auf den IK-Eintrag des Jahres 1996 gestützt, der einen AHV-pflichtigen Lohn der Beschwerdeführerin von Fr. 49'381.-- ausweist (Urk. 9/6/2); dieses Jahreseinkommen hat die Beschwerdegegnerin dann gestützt auf die Nominallohnentwicklung auf das Jahr 2004 aufgerechnet (Urk. 9/62/5). Was die Beschwerdegegnerin jedoch nicht beachtet hat, ist die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin gemäss Angaben ihrer Arbeitgeberin im Jahre 1998 ohne Gesundheitsschaden ein monatliches Salär von Fr. 3'650.-- brutto hätte erzielen können, was einem Jahresgehalt von Fr. 47'450.-- (x 13) entspricht (Urk. 9/7/2 Ziff. 16). Dieses mögliche Jahressalär ist von der Beschwerdegegnerin denn auch korrekterweise bei der Zusage einer halben Invalidenrente ab 1. Oktober 1998 als Valideneinkommen berücksichtigt worden (Urk. 9/17/2). Im Jahre 2000 hätte die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden einen monatlichen Lohn von Fr. 3'680.--, beziehungsweise ein jährliches Erwerbseinkommen von Fr. 47'840.-- erzielen können (Bericht der Arbeitgeberin vom 28. Juni 2000, Urk. 9/23/2 Ziff. 16), und im Jahre 2004 hätte die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden ein monatliches Salär von Fr. 3'820.--, bzw. ein Erwerbseinkommen von Fr. 49'660.-- (x 13) verdient (Bericht der Arbeitgeberin vom 31. Dezember 2004, Urk. 9/33/2 Ziff. 16). Nachdem konkrete Angaben der Arbeitgeberin über das mögliche Valideneinkommen der Beschwerdeführerin vorliegen, ist nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdegegnerin davon abgewichen ist.

Für das Jahr 2004 ist somit von einem möglichen Valideneinkommen von Fr. 49'660.-- auszugehen.

4.2 Da die Beschwerdeführerin moniert, das von der Beschwerdegegnerin bei Fr. 24'292.-- festgelegte mögliche Invalideneinkommen sei viel zu hoch angesetzt angesichts der von der IV-Stelle anerkannten immer noch grossen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, bleibt noch zu prüfen, ob das Invalideneinkommen von der Beschwerdegegnerin korrekt bestimmt wurde.

4.3 Die Beschwerdegegnerin setzte das Invalideneinkommen anhand des Zentralwerts des gemäss LSE von Frauen im Jahr 2004 mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielbaren Einkommens unter Berücksichtigung der betrieblichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden pro Woche im Jahr 2004 (Die Volkswirtschaft, 12-2007, Tab. B 9.2 S. 98) korrekt bei Fr. 48'585.-- (100%-Pensum) beziehungsweise Fr. 24'292.-- (50%-Pensum) fest (Urk. 9/63 und Urk. 9/65).

4.4 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts können die statistischen Löhne um bis zu 25 % gekürzt werden wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person die gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Erfolg verwerten kann. Dabei sind die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalls zu prüfen (BGE 126 V 75).

Vorliegend besteht kein Grund zur Annahme, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nur mit einem unterdurchschnittlichen Erwerbseinkommen verwerten konnte. Ihren Leiden wurde bereits bei der Festlegung des möglichen Arbeitspensums mit 50 % ausreichend Rechnung getragen, eine weitere Berücksichtigung im Rahmen eines leidensbedingten Abzuges ist klarerweise nicht angebracht, weshalb das festgelegte Invalideneinkommen nicht zu beanstanden ist.

Der Vergleich des möglichen Valideneinkommens von Fr. 49'660.-- mit dem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 24'292.-- ergibt eine Lohneinbusse von Fr. 25'368.--, beziehungsweise von 51 %, so dass die Zusprache einer halben Invalidenrente durch die Beschwerdegegnerin im Resultat nicht zu beanstanden ist.

Was die Beschwerdegegnerin jedoch bei der Herabsetzung der ganzen auf eine halbe Invalidenrente nicht berücksichtigt hat, ist Art. 88a Abs. 1 IVV, wonach eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in jedem Fall dann zu berücksichtigen ist, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert und voraussichtlich weiterhin dauern wird. Nachdem die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit spätestens im Zeitpunkt des Austrittes der Beschwerdeführerin aus der Rehaklinik H. am 21. Oktober 2005 eingetreten war (siehe Erw. 3.5.3) und diese durch das Gutachten von Dr. K. vom 2. August 2006 (Urk. 7/78) klar bestätigt worden ist, ist die ganze Invalidenrente in Nachachtung von Art. 88a Abs. 1 IVV nicht schon per 1. November 2005, sondern erst mit Wirkung ab 1. Januar 2006 auf eine halbe Invalidenrente herabzusetzen.

5. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als festzustellen ist, dass die Beschwerdeführerin vom 1. November 2004 bis 31. Dezember 2005 Anspruch auf eine ganze und ab 1. Januar 2006 auf eine halbe Invalidenrente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

Eventuell sei die Beschwerdeführerin medizinisch und zwar namentlich psychiatrisch zu begutachten lassen, bevor neu verfährt wird.

E. 5

Dies unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. ■

2.2. Nach dem die IV-Stelle in der Beschwerdeantwort vom 27. April 2007 (Urk. 8, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 9/1-84) die Abweisung der Beschwerde beantragt hatte, wurde mit Verfassung vom 7. Mai 2007 der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Urk. 10).

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

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. ■ ■ ■ ■ ■ ■

1.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die ganze Invalidenrente ab dem 1. November 2005 wieder auf eine halbe Rente herabsetzte.

1.2. Die Beschwerdegegnerin setzte die ganze Rente ab dem 1. November 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 55 % wieder auf eine halbe Rente herab mit der Begründung, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich wieder verbessert und sie verführe in einer behinderungsangepassten Tätigkeit über eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 3/2).

1.3. Die Beschwerdeführerin ficht die Herabsetzung der ganzen Invalidenrente auf eine halbe an, indem sie im Wesentlichen geltend macht, nach der Rehabilitation in der Klinik H. sei es ihr nicht besser gegangen, weshalb keine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes sei einzig darauf zurückzuführen, dass die Ärzte in H. diesbezüglich plötzlich eine optimistische Einstellung gehabt hätten. Erfahrungsgemäss sei aber bei Reha-Aufenthalten mit intensiver Therapie davon auszugehen, dass die Situation durch intensive Betreuung und Physiotherapie nur kurzfristig ein wenig verbessert werden könne. Nach der Reha würden die Schmerzen wieder im früheren Umfang auftreten. Ausserdem sei das von der IV-Stelle angenommene Invalideneinkommen viel zu hoch (Urk. 1 S. 3).

2. ■ ■ ■ ■ ■ ■

2.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil der angefochtene Entscheid am 4. Januar 2007 erging, gelangen die

revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66 2 / 3 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. In Härtefällen besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen neuen 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. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 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.

Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (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 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

Die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7, seit 2004 von 41,6 und seit 2006 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2007 S. 98 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. In BGE 126 V 75 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die bisherige Praxis dahin gehend präzisiert, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufhaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu

beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a).

Die Verfügung über eine befristete Invalidenrente enthält gleichzeitig die Gewährung der Leistung und die Revision derselben (EVGE 1966 S. 130 Erw. 2; ZAK 1984 S. 133 Erw. 3). Wird vom Zeitpunkt des Verfügungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 133 V 263 Erw. 6.1 mit Hinweisen). Nach Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (BGE 125 V 417 f. Erw. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (seit 1. Januar 2004: oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 126 f. Erw. 4a; AHI 2001 S. 159 f. Erw. 1 und S. 278 Erw. 1a, 1998 S. 121 Erw. 1b, ZAK 1990 S. 518 Erw. 2 mit Hinweis).

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

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 6

6.1 Ä Ä Ä Ä Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Die Beschwerdeführerin hat gemessen an ihren Anträgen in einem sehr kleinen Mass obsiegt. In Anbetracht dieser Tatsache rechtfertigt es sich, ihr eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

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

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Nachdem die Beschwerdeführerin nur zu einem kleinen Teil obsiegt, sind ihr die Gerichtskosten zu vier Fünfteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Fünftel aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 4. Januar 2007 festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. November 2004 bis 31. Dezember 2005 Anspruch auf eine ganze und ab 1. Januar 2006 auf eine halbe Invalidenrente hat. Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden zu vier Fünfteln der Beschwerdeführerin und zu einem Fünftel der IV-Stelle auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- A.____-Pensionskasse

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.