

Invaliditätsbemessung).

2.3.4.4. Ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. 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 (BGE 125 V 150 Erw. 2c; vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 4. November 2008 in Sachen M., 9C_686/2008).

2.4. 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).

2.5. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, sowie ob der Experte nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihm die Beantwortung der Fragen erschweren, gegebenenfalls deutlich macht (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c, je mit Hinweisen; Meyer-Blaser in: H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4., ergänzte Auflage 2003, S. 24 f.).

2.6. Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des

Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

E. 3

3.1 Streitig und zu prägen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

3.2 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, dem Gutachten des Zentrums R. vom 17. Januar 2007 sei zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin unter einer Rückenproblematik leide, welche durch diverse invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren mitverursacht und unterhalten werde. Aufgrund dieser Schmerzproblematik bestehe für die bisherige rein stehende Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Für eine angepasste Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig. Somit sei sie im Erwerbsbereich voll arbeitsfähig und könne mindestens ein gleich hohes oder sogar höheres Einkommen erzielen. Der Haushaltbereich sei vor Ort nicht abgeklärt worden, da aufgrund der Unterlagen keine derartige Einschränkung vorliegen könne, dass diese sich rentenrelevant äussern würde (Urk. 2 Seiten 3 und 4).

3.3 Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, mehrere renommierte Ärzte hätten bestätigt, dass sie ernsthaft erkrankt sei. Die Beschwerdegegnerin habe diesen Ärzten keinen Glauben geschenkt und sie zur medizinischen Untersuchung ins Zentrum R. geschickt. Dieses Begutachtungsinstitut sei auftragsabhängig von der Beschwerdegegnerin und auf keinen Fall eine neutrale Stelle. Das Zentrum R. habe im Schnellbegutachtungsverfahren festgestellt, dass höchstens eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Die Ärzte hätten sogar festgehalten, dass die psychischen Beschwerden durch Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz und in der Familie herbeigerufen worden seien, da sie vier Kinder habe. Die fast erwachsenen Kinder halfen ihr indessen im Haushalt viel mit. Die Wirbelschmerzen, Kopfschmerzen und Depressionen ständen damit in keinem Zusammenhang. Ausserdem sei ihr kein Leidensabzug zugesprochen worden (Urk. 1).

E. 4

4.1 Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin seit ca. 1997 unter rezidivierenden und an Intensität zunehmenden Lumbalgie litt. Im Mai 2000 fanden Röntgenuntersuchungen bei C., FMH Radiologie, (Urk. 12/10/24) sowie eine ambulante Abklärung in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals Q. statt, wobei ein chronisch lumbales Schmerzsyndrom (Erstmanifestation ca. 1997) bei/mit Fehlstatik des Achsenskelettes, Status nach thorakolumbalem Morbus Scheuermann, Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur sowie ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzkomponente erhoben wurden (Urk. 12/10/27). Nach einem Rezidiv anfangs Dezember 2002 wurde am 24. Dezember 2002 am Neuroradiologischen und Radiologischen Institut S. ein MRI der Lendenwirbelsäule durchgeführt. Dieses

zeigte eine kleine, wenig nach unten luxierte Diskushernie L5/S1 mit Wurzelkompression S1 links (Urk. 12/10/22). Die Beschwerdeführerin wurde in der Folge von ihrem Hausarzt, Y.____, zur rheumatologischen Abklärung an A.____ überwiesen, welcher mitunter am 20. Januar 2003 eine epidurale Steroidinfiltration mit lumbalem Zugang auf der Höhe L5/S1 vornahm (Urk. 12/10/18-19) und eine Fortsetzung der Physiotherapie verordnete (Urk. 12/10/29). Vom 16. September 2003 bis 30. März 2004 wurde die Beschwerdeführerin überdies von Z.____ behandelt, wobei dieser eine überwachte, gezielte Kräftigungstherapie einleitete (Urk. 12/9/3). Am 10. Mai 2004 wurde erneut ein MRI der Lendenwirbelsäule durchgeführt, wobei sich - im Vergleich zur Voruntersuchung im Jahre 2002 - eine verbesserte Situation (kleine mediolaterale Diskusprotrusion L5/S1 ohne Neurokompression) zeigte (Urk. 12/10/8, Urk. 12/48/25). Sodann wurde die Beschwerdeführerin von A.____ zur neurochirurgischen Abklärung an B.____, Klinik T.____, überwiesen (Urk. 12/10/6). Im Januar und März 2005 wurde die Beschwerdeführerin von E.____ neurologisch untersucht. Das von diesem am 15. März 2005 durchgeführte CT ergab eine leichte diffuse Protrusion L5/S1 ohne Berührung der neuralen Strukturen, übrige Bandscheiben im Normbereich sowie eine leichte Osteochondrose L5/S1 posterior (Urk. 12/38/2). Im Mai 2005 fand eine Beurteilung durch die Interdisziplinäre Schmerzsprechstunde des Spitals U.____ statt (Urk. 12/40). Dort wurden eine stationäre Rehabilitation in der Klinik L.____ sowie eine antidepressive Medikation empfohlen (Urk. 12/40/4). In der Folge hielt sich die Beschwerdeführerin vom 21. August bis 20. September 2005 in der Klinik V.____ auf (Urk. 12/43).

E. 4.2

4.2.1.1. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Y.____ vom Zentrum P.____, diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15./20. Juli 2004 ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit möglicher radikulärer Reizkomponente S1 links, bestehend seit ca. 1997, bei/mit Diskushernie median bis mediolateral links L5/S1, Status nach CT-gesteuerter Nervenwurzel-Infiltration S1 links im April 2004, Status nach thorakolumbalem Morbus Scheuermann sowie einem Verdacht auf eine somatoforme Schmerzkomponente (Urk. 12/10/1). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig. (Urk. 12/10/2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin habe vom 13. August bis 20. September 2002 eine 100%ige, vom 16. Dezember 2002 bis 4. März 2003 eine 100%ige und vom 5. März 2003 bis 30. Mai 2004 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem 1. Juni bis vorerst 31. August 2004 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 12/10/1). Sowohl die bisherige als auch eine angepasste Tätigkeit seien ihr halbtags zumutbar (Urk. 12/10/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Verlaufsbericht vom 13./25. Januar 2005 hielt Y.____ fest, dass in der Verlaufsperiode keine wesentlichen Änderungen der Situation zu verzeichnen gewesen seien. Die angegebenen Beschwerden seien weitgehend identisch, zu erwähnen sei einzig eine gewisse Fluktuation der Beschwerden. Aufgrund der Situation bestehe die 50%ige Arbeitsunfähigkeit (attestiert seit 1. November 2004) weiter (Urk. 12/29/1).

4.2.2.1. Z.____ führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 11. Mai 2004 aus, seit Sommer 2002 leide die Beschwerdeführerin an den Folgen einer Diskushernie links vor allem in Form von Schmerzen der Lendenwirbelsäule und zunehmender Ausstrahlung ins linke Bein. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit sei von ihm nicht bestimmt worden (Urk. 12/9/3-4).

4.2.3.4.1. A. ___ erhob in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 22./25. Oktober 2004 ein chronisches Schmerzsyndrom der unteren Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung ins linke Bein bei/mit Diskusprotrusion L5/S1 median ohne sichere Neurokompression (MR-LWS vom 10. Mai 2004), Status nach links mediolateraler und etwas luxierter Diskushernie L5/S1 links (MR-LWS vom 24. Dezember 2002), Status nach lumboradikulärem Reizsyndrom S1 links, aktuell Verdacht auf Denervationsschmerz, Differentialdiagnose reffered pain bei ausgedehntem myofaszialen Befunden (Urk. 12/15/5). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig (Urk. 12/15/6). In der zuletzt in einer 50%igen Anstellung ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin in einem Traiteurgeschäft bestehe seit Dezember 2002 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für weitere und allenfalls genauere diesbezügliche Angaben stehe der Hausarzt, Y. ___, zur Verfügung (Urk. 12/10/5). In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit 27. August 2004 ganztags arbeitsfähig (Urk. 12/15/4).

4.2.4.1. Der Neurologe E. ___ führte in seinem Bericht an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 8. Juni 2005 aus, er habe versucht, ihre Schmerzen mit verschiedenen Medikamenten zu behandeln. Leider habe sie entweder Unverträglichkeit oder Nebenwirkungen gezeigt. Anhand der vorliegenden Tatsachen und des Verlaufes seien die Schmerzen schwierig zu beeinflussen. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 12/38/2).

4.2.5.1. Die Ärzte der Interdisziplinären Schmerzprechstunde des Spitals U. ___ diagnostizierten in ihrem Bericht an Y. ___ vom 23. Mai 2005 eine mittelgradige bis schwere Erschöpfungsdpression mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit residuellem radikulärem Reizsyndrom vorwiegend L5/S1 links bei mediolateraler Diskushernie L5/S1 links sowie Wirbelsäulenfehlstellung. Die Indikation für die Klinik V. ___ sei gegeben. Anschliessend sei eine ambulante psychotherapeutische Behandlung angezeigt. Eine antidepressive Medikation sei dringend indiziert (Urk. 12/40/4).

4.2.6.1. Im Kurzbericht der Klinik V. ___ an Y. ___ vom 20. September 2005 wurden ein psychophysischer Erschöpfungszustand, eine chronische lumbospondylogene Schmerzsymptomatik links mit residuellem radikulärem Reizsyndrom vorwiegend L5 links bei/mit mediolateraler Diskushernie L5/S1 links und Wirbelsäulenfehlstellung sowie eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Die seit 2002 bestehende Arbeitsunfähigkeit zu 100 % werde ihrerseits bis 4. Oktober 2005 attestiert und um Weiterbeurteilung durch die nachbehandelnden Ärzte ersucht. Aus rehabilitationsmedizinischer Sicht erscheine die Aufnahme einer leichten körperlichen Tätigkeit im Falle einer zunehmenden psychischen Stabilisierung und körperlichen Rekonditionierung nicht ausgeschlossen (Urk. 12/43).

4.2.7.1. G. ___, FMH Innere Medizin, und H. ___, FMH Chirurgie, vom Zentrum R. ___ erheben in ihrem Gutachten vom 17. Januar 2007 (Urk. 12/48) unter dem Titel "Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" ein chronisches, therapieresistentes lumbospondylogenes Syndrom mit/bei regredienter mediolateraler Diskushernie L5/S1 links, Tendomyosen und Ansatzentendinosen des distalen Erector trunci lumbal links, Status nach subjektiv erfolgloser periradikulärer Infiltration L4 und L5 links sowie radiologisch alterskonformer Wirbelsäule, und unter dem Titel "Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5 [Urk. 12/48/18]). In der aktuellen orthopädisch-chirurgischen und rheumatologischen

gutachterlichen Abklärung liessen sich objektiv höchstens noch residuelle sensible Auswirkungen der ehemaligen lumbosakralen Diskushernie links erkennen. Im Vordergrund der Befunderhebung stehe eine muskuläre Verspannung des Erector trunci. Funktionseinschränkungen der Lendenwirbelsäule und der Iliosakralgelenke hingegen liessen sich nicht reproduzieren. Gesamthaft ergäben die Abklärungen eine eindeutige Verbesserung der Befunde gegenüber denjenigen im Mai 2005 im Spital U.____ (Urk. 12/48/19). In der psychiatrischen Exploration bestätigte sich erneut die Überforderungssituation der Beschwerdeführerin als Hausfrau sowie Erzieherin von vier heranwachsenden Kindern im Verein mit vollschichtiger Berufstätigkeit. Ein eigentliches psychiatrisches Leiden könne nicht diagnostiziert werden. Jedoch seien alle Kriterien nach ICD-10 für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung erfüllt, was hingegen die Arbeitsfähigkeit nicht tangiere. Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde lasse sich bei der Beschwerdeführerin interdisziplinär eine horizontale Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 % in der von ihr hierzulande ausgeübten Berufstätigkeit erkennen. In angepassten Tätigkeiten wäre sie medizinisch-theoretisch zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 12/48/20).

4.2.8 In den Akten liegen im Weiteren die - von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten - "Ärztlichen Zeugnisse" von F.____ vom 11. Mai und 29. August 2007 (Urk. 9 und 15).

Im Bericht vom 11. Mai 2007 führte F.____ aus, er habe die Beschwerdeführerin seit dem 26. Februar 2007 in mehreren Gesprächen psychiatrisch untersucht. Er habe dabei keine relevante Psychopathologie feststellen können, ausser einer verstärkten Traurigkeit darüber, dass sie an den Folgen bzw. Einschränkungen ihres lumbospondylogenen Syndroms leide. Wenn sie nach Anstrengungen erhebliche Schmerzen habe, verstärke sich ihre Traurigkeit. Auch könne man dann von einer gewissen leichten und vorübergehenden depressiven Symptomatik sprechen. Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin insgesamt mehr behindert, als im Gutachten des Zentrums R.____ vom 17. Januar 2007 angegeben werde (Urk. 9).

Die nämliche Einschätzung findet sich auch im "Ärztlichen Zeugnis" vom 29. August 2007, wobei F.____ darin zusätzlich anführte, dass eine mittelschwere Depression (ICD-10 F32.1) vorliege. Diese habe sich trotz der einjährigen psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlung, die sie erhalten habe, nicht gebessert (Urk. 15).

E. 4.3

4.3.1 Das Gutachten des Zentrums R.____ vom 17. Januar 2007 (Urk. 12/48) basiert auf internistischen (inklusive neurologischen), rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sowie ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten des Zentrums R.____ vom 17. Januar 2007 kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 2.5).

4.3.2 Die im Gesamtgutachten vom 17. Januar 2007 vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit basiert zum einen auf den Erhebungen von I.____, FMH

Rheumatologie, in seinem Bericht der rheumatologischen Untersuchungsbefunde vom 24. November 2006 (Urk. 12/48/22-26). I. ___ legt darin nachvollziehbar dar, dass und weshalb die Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus rheumatologischer Sicht nicht vollständig erklärt werden können. So weist er darauf hin, dass die geklagten Schmerzen vor allem auf Höhe des lumbosakralen Überganges links mit lokal umschriebenem Husten- und Niesschmerz klinisch palpatorisch in den schmerzhaft verspannten distalen Erector trunci lumbal links mit Ansatzentendinosen an der Spina iliaca posterior superior links lokalisiert werden konnten und dem subjektiv empfundenen Schmerzort entsprechen. Eine Funktionsstörung im Bereiche der Sakroilialgelenke (SIG) könne aber nach manualtherapeutisch/osteopathischen Gesichtspunkten nicht nachgewiesen werden, ebenso erstaunlicherweise auch nicht im Bereich der Lendenwirbelsäulen-Segmente in einem relevanten Ausmass. Ebenso sei klinisch nur noch ein fraglich radikuläres Residualsyndrom objektivierbar (geringe Hypästhesie im Bereiche des Fusses und lateralen Unterschenkels, keine Paresen, palpatorisch weniger empfindlicher N. tibialis posterior links, Lasègue-Phänomen eher negativ, neurodynamische Funktionsuntersuchungen nicht durchführbar, Achilles-Sehnen-Reflex [ASR] praktisch symmetrisch mittellebhaft). Dazu sei anzumerken, dass gegenüber dem Befund anlässlich der Abklärung in der interdisziplinären Schmerzsprechstunde am Spital U. ___ im Mai 2005 der - damals fehlende - ASR links jetzt problemlos auslösbar und das Verhalten der Beschwerdeführerin zum Teil demonstrativ sei, so dass eine adäquate neurodynamische Funktionsuntersuchung der unteren Extremitäten nicht möglich sei. Andererseits deuteten die von der Beschwerdeführerin angegebenen Restbeschwerden noch etwas in Richtung geringem radikulärem Residualsyndrom. Bei vorbestehenden Rückenschmerzen seit etwa 1997 seien anfangs des Jahrtausends radikuläre Ausstrahlungen ins linke Bein aufgetreten, was aufgrund der im MRI dargestellten mediolateralen Diskushernie L5/S1 links einigermaßen somatisch begründbar gewesen sei. Angesichts der aktuellen Untersuchung mit jetzt praktisch symmetrischem ASR links habe sich die Situation mindestens objektiv deutlich verbessert, subjektiv sei sie aber stagnierend, wofür nicht somatische Faktoren verantwortlich seien (Urk. 12/48/25-26). Diese Feststellungen stimmen mit den von ihm erhobenen rheumatologischen (inklusive neurologischen) Untersuchungsbefunden (Urk. 12/48/23-24) sowie den von H. ___ aufgeführten - ebenfalls weitestgehend unauffälligen - internistischen Untersuchungsbefunden (Urk. 12/48/9-11) überein und lassen sich auch mit den Ergebnissen der am 17. November 2006 im Zentrum R. ___ durchgeführten Röntgenuntersuchungen (Urk. 12/48/25) in Einklang bringen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä I. ___ kommt zum Schluss, dass - im Zeitpunkt der Begutachtung (November 2006) - aus rein somatischer Sicht aufgrund der objektivierbaren Befunde für eine wechselbelastende Tätigkeit (abwechselnd sitzend, gehend und weniger stehend) ohne eigentliche körperliche Schwerarbeit und/oder lang dauernde Tätigkeiten in einer unergonomischen Flexionshaltung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Für eine rein stehende Tätigkeit, wie sie von der Beschwerdeführerin in der Confiserie L. ___ ausgeführt worden sei, bestehe aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht eine etwa 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit wegen der Notwendigkeit, vermehrte Pausen mit der Möglichkeit zum Abliegen einzuschalten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit dieser Einschätzung trägt I.____ den von ihm erhobenen objektiven Befunden angemessene Rechnung, weshalb sie überzeugend erscheint. Sie wurde denn im Rahmen des Gesamtgutachtens auch übernommen.

4.3.3Ä Ä Zum andern beruht die im Gesamtgutachten vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf den Feststellungen von J.____, FMH für Psychiatrie, in seinem Bericht der psychiatrischen Untersuchungsbefunde vom 20. November 2006 (Urk. 12/48/27-30). Er führt darin aus, der Beschwerdeführerin sei es über Jahre gelungen, einen hohen Leistungseinsatz im privaten wie beruflichen Bereich zu erbringen. Anscheinend sei es erst aufgrund einer Schmerzsymptomatik anfangs dieses Jahrtausends zu einer grundlegenden Veränderung ihrer Leistungsfähigkeit gekommen. In diesem Zeitraum sei auch die Geburt ihres Nachzöglers gefallen. Die Charakterstrukturen der Beschwerdeführerin zeigten hohe Selbstansprüche verbunden mit hoher Leistungsbereitschaft bei Tendenz zur Missachtung von realen (sozialen und psychischen) Limiten. Unabhängig von der bestehenden Symptomatik sei es jeder Frau, welche nicht durch ein starkes Unterstützungssystem getragen werde, kaum möglich, Haushalt, Kindererziehung und 100%ige Arbeitstätigkeit ausser Haus zu erledigen. Es sei absehbar, dass über längere oder kürzere Zeit eine Person unter entsprechenden Bedingungen in eine Erschöpfungsproblematik gerate. So sei dies bei der Beschwerdeführerin offensichtlich auch im Anschluss an ihre Kündigung und in Zusammenhang mit der Geburt ihres vierten Kindes gewesen. Mittlerweile habe sich die Beschwerdeführerin (auch unter psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Therapie) erholt. Aktuell mache sie einen Arbeitsversuch zu 20 %. Aufgrund der sozialen Umstände (Familie und Haushalt) sei wohl kaum mehr ein höheres Arbeitspensum ausser Haus als 20 % bis 40 % zu erwarten. Psychopathologische Einschränkungen liessen sich derzeit nicht ausmachen, wenngleich hier eine klassische anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) postuliert werden müsse. Die Schmerzzustände führten zu einer Stimmungsbeeinträchtigung der Beschwerdeführerin. Diese Beeinträchtigung sei jedoch von geringem und nicht arbeitsfähigkeits-einschränkenden Masse. Die Arbeitsfähigkeitseinschränkung sei bei der Beschwerdeführerin klar auf reale familiär soziale Ursachen zurückzuführen (Urk. 12/48/28-29).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des von J.____ erhobenen - mit seiner Beurteilung in Einklang stehenden - psychopathologischen Befundes (Urk. 12/48/28) ist in der Tat nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sein sollte. Wie im Gesamtgutachten zu Recht bemerkt wird (Urk. 12/48/20), besteht - offensichtlich - keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere und Ausprägung. Objektivierbare chronische Begleiterkrankungen waren zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung (November 2006) nicht vorhanden, und von einem Rückzug in allen Belangen des Lebens kann ebenfalls nicht die Rede sein, zumal die Beschwerdeführerin mit ihrem Ehemann und ihren Kindern zusammen wohnt (vgl. Erwägung 2.1). Hinzu kommt, dass auch soziale Belastungsfaktoren (Mehrfachbelastung) eine Rolle spielen. Solchen wird aber grundsätzlich die Eignung abgesprochen, dergestaltete psychische Beeinträchtigungen hervorzurufen, dass ihretwegen die Zumutbarkeit der von der versicherten Person geforderten Willensanstrengung, eine Arbeit zu verrichten, dahinfiele (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 1. März 2004 in Sachen D., I 316/03, Erwägung 2.3; vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen

Beschwerdeführerin hätte demnach grundsätzlich bereits im Dezember 2003 entstehen können (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG).

Die Beschwerdegegnerin geht ohne weiteres davon aus, dass die im Gutachten des Zentrums R. ___ vom 17. Januar 2007 angeführten Befunde und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen auch auf den Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns im Dezember 2003 sowie die darauffolgende Zeit zutreffen.

Dem kann nicht ohne weiteres beigespflichtet werden.

4.4.2 Die Gutachter des Zentrums R. ___ legten ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die von ihnen aktuell erhobenen Befunde zugrunde. Sie wiesen aber ausdrücklich darauf hin, dass der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung (November 2006) "objektiv" besser gewesen sei als anlässlich der Abklärung in der interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Spitals U. ___ im Mai 2005 (Urk. 12/48/26).

Tatsächlich ist dem Bericht der interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Spitals U. ___ vom 23. Mai 2005 zu entnehmen, dass der ASR in der damals durchgeführten neurologischen Untersuchung fehlend war (Urk. 12/40/3). Im Zeitpunkt der Begutachtung im Zentrum R. ___ liess sich der ASR demgegenüber problemlos auslösen (Urk. 12/48/24+26).

Die Gutachter stellten weiter fest, die neuralen Reizkomponenten seien "im Laufe des Jahres 2005" verschwunden (Urk. 12/48/19). In diesem Zusammenhang bemerkten sie, dass während der im August/September 2005 in der Klinik V. ___ durchgeführten 4-wöchigen Behandlung vordergründig auf einen psychophysischen Erschöpfungszustand erkannt worden sei und man Anregungen zur verbesserten Alltagsbewältigung der mehrfach belasteten Beschwerdeführerin erlassen habe. In der Tat geht aus dem - von den Gutachtern auszugsweise wiedergegebenen - Austrittsbericht der Klinik V. ___ vom 26. September 2005 hervor, dass das Hauptgewicht der dort durchgeführten Behandlung dem festgestellten "psychophysischen Erschöpfungszustand" galt. In somatischer Hinsicht wurde - lediglich - ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links erhoben, mit dem Bemerkenswerten, dass Hinweise auf somatoforme Komponenten vorliegen (Urk. 12/48/6). Dementsprechend wurde im - bei den Akten liegenden - Kurzbericht vom 20. September 2005 festgehalten, dass aus rehabilitationsmedizinischer Sicht die Aufnahme einer leichten körperlichen Tätigkeit "im Falle einer zunehmenden psychischen Stabilisierung und körperlichen Rekonditionierung" nicht ausgeschlossen erscheine (Urk. 12/43). Wie in der Folge auch die Gutachter des Zentrums R. ___, gingen somit auch die Ärzte der Klinik V. ___ davon aus, dass die Wirbelsäulenbefunde der Ausübung einer körperlich leichten Tätigkeit nicht entgegenstehen.

Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die von den Gutachtern des Zentrums R. ___ festgestellte - objektive - Verbesserung des somatischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin spätestens im September 2005 eingetreten ist. Die von ihnen - auf den Zeitpunkt der Begutachtung im November 2006 hin - getroffenen Schlussfolgerungen können damit zwar jedenfalls auf die Zeit seit Oktober 2005, nicht jedoch ohne weiteres auf die Zeit davor übertragen werden.

4.4.3.1 Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, liegen für die Zeit von Dezember 2003 bis September 2005 keine schlüssigen Angaben zum somatischen Gesundheitszustand sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor.

1. Auf die von Y. ___ in seinen Berichten an die Beschwerdegegnerin vom 15./20. Juli 2004 und 13./25. Januar 2005 (Urk. 12/10 und Urk. 12/29) vorgenommenen Einschätzungen kann nicht abgestellt werden, zumal der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc, BGE 122 V 160 Erw. 1c, je mit Hinweisen). Tatsächlich entsteht der Eindruck, dass Y. ___ bei seiner Beurteilung massgeblich auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt hat. Objektiv eigene Feststellungen, welche es erlauben würden, seine Einschätzungen präzisierend nachzuvollziehen, hat er jedenfalls nicht geliefert.

2. A. ___ hat in seinen Berichten an Y. ___ vom 22. Januar 2003, 28. Februar 2003, 28. Mai 2003, 25. Juni 2003, 21. April 2004, 19. Mai 2004 und 30. Juni 2004 (Urk. 12/10/5-20) zwar detaillierte Befunde erhoben. Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat er jedoch vage Angaben gemacht. Diese betreffen sodann lediglich die bisherige, nicht jedoch allfällige anderweitige zumutbare Tätigkeiten.

3. Z. ___ hat sich in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 11. Mai 2004 (Urk. 12/9/3-4) nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäußert.

4. Die von E. ___ in seinem Bericht an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 8. Juni 2005 (Urk. 12/38) vorgenommene Einschätzung, wonach weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht, kann naturgemäss lediglich den Zeitraum Januar bis Juni 2005 beschlagen. Ausserdem vermag sie mangels Begründung sowie mit Blick auf die Ergebnisse des von ihm am 15. März 2005 durchgeführten MRI (Urk. 12/38/2) nicht zu überzeugen.

5. Zur zuverlässigen Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Zeit von Dezember 2003 bis September 2005 erscheint deshalb eine Ergänzung des medizinischen Sachverhaltens erforderlich.

4.4.4.1 Das Vorliegen eines versicherungsrechtlich relevanten psychischen Leidens lässt sich hingegen aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten ohne weiteres für die Zeit von Dezember 2003 bis zur Begutachtung im November 2006 verneinen.

1. So hielt Y. ___ in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15./20. Juli 2004 zwar fest, die psychischen Funktionen der Beschwerdeführerin seien in punkto Belastbarkeit eingeschränkt, wobei er auf einen Status nach rezidivierenden Depressionen sowie auf psychosoziale Belastungen (Kultur, Familie und Finanzen) hinwies (Urk. 12/10/4). Unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit" erwähnte er eine allfällige psychische Problematik jedoch nicht (Urk. 12/10/1), und er sah sich offenbar auch nicht dazu veranlasst, die Beschwerdeführerin deswegen an einen Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu überweisen. Im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 25. Januar 2005 gab er an, es seien in der Verlaufsperiode keine wesentlichen Änderungen der Situation zu verzeichnen gewesen (Urk. 12/29/1). Die

psychischen Funktionen bezeichnete er darin ausdrücklich allesamt als "uneingeschränkt" (Urk. 12/29/4), ebenso zuvor auch A.____ in seinem Bericht an die Beschwerdeführerin vom 22. Oktober 2004 (Urk. 12/15/4).

Die Ärzte der Interdisziplinären Schmerzprechstunde des Spitals U.____ erhoben in ihrem Bericht vom 23. Mai 2005, wie erwähnt, eine mittelgradige bis schwere Erschöpfungsdpression mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11). Dass sich die Beschwerdeführerin bis zu diesem Zeitpunkt je einer medikamentösen und/oder therapeutischen Behandlung unterzogen hätte, ist nicht ersichtlich. Im Zeitpunkt der Abklärung im Spital U.____ nahm sie jedenfalls keine Psychopharmaka ein (Urk. 12/40/2). Dazu ist zu bemerken, dass gemäss dem Grundsatz der Selbsteingliederung die versicherte Person von sich aus das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher zumutbarer medizinischer und weiterer therapeutischer Möglichkeiten (BGE 127 V 298 Erw. 4.b.cc, mit Hinweisen).

Auf Empfehlung des Spitals U.____ hielt sich die Beschwerdeführerin in der Folge vom 21. August bis 20. September 2005 in der Klinik V.____ auf. Wohl wurde dort "bei Aufnahme" eine mittelgradige depressive Episode erhoben. Gemäss den Angaben im - von den Gutachtern des Zentrums R.____ auszugsweise wiedergegebenen (Urk. 12/48/6) - Bericht der Klinik V.____ vom 26. September 2005 konnte sie aber dank Gesprächen und einer Steigerung der Medikation in psychisch stabilisierten Zustand entlassen werden, wobei ihr die Fortführung der psychotherapeutischen Massnahmen dringend empfohlen wurde.

Dieser Empfehlung scheint die Beschwerdeführerin nachgekommen zu sein. Anlässlich der Begutachtung im Zentrum R.____ im November 2006 gab sie jedenfalls an, sie werde aktuell einmal pro Woche von einer Psychologin und medikamentös mit einem Antidepressivum behandelt (Urk. 12/48/27). Die Gutachter kamen, wie erwähnt, zum überzeugenden Schluss, dass zwar eine - auf reale familär-soziale Ursachen zurückzuführende - Überforderungssituation, nicht aber ein eigentliches psychisches Leiden vorliege (Urk. 12/48/29).

Es liegen somit keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Beschwerdeführerin, zumindest bei geeigneter und ihr zumutbarer medikamentöser und/oder therapeutischer Behandlung, in der Zeit von Dezember 2003 bis zur Begutachtung (November 2006) willensmässig nicht in der Lage gewesen sein könnte, ganztags einer angepassten Tätigkeit nachzugehen.

Zusammenfassend kann aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten davon ausgegangen werden, dass spätestens seit Oktober 2005 für die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin eine 70%ige und für eine wechselbelastende Tätigkeit ohne eigentliche körperliche Schwerarbeit und/oder lang dauernde Tätigkeiten in einer unergonomischen Flexionshaltung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Für die Zeit von Dezember 2003 bis September 2005 kann zwar das Vorliegen eines psychischen Leidens mit Krankheitswert ohne weiteres verneint werden. Es lässt sich jedoch nicht ausschliessen, dass in dieser Zeit ein somatisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestand. Insoweit erweist sich der medizinische Sachverhalt als ergänzungsbedürftig.

E. 5.1

Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst. Entscheidend ist, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b mit Hinweis; vgl. auch ZAK 1990 S. 519 Erw. 3c). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierte Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte abzustellen (vgl. AHI 1999 S. 240 Erw. 3b).

Für die Bestimmung des trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne herangezogen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, mit welcher sie die ärztlich bestätigte Restarbeitsfähigkeit voll ausschöpft (BGE 126 V 75 ff. Erw. 3b/bb, mit Hinweis). Auszugehen ist dabei von den Tabellen der Zentralwerte des standardisierten monatlichen Bruttolohnes gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (AHI-Praxis 6/1998 S. 291, mit Hinweisen).

Im Weiteren ist bei der Ermittlung des Invalideneinkommens zu beachten, dass versicherte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen selbst bei zumutbaren Verweisungstätigkeiten oft das Lohnniveau gesunder Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht erreichen. Nebst gesundheitlichen Problemen können sich persönliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad auf das hypothetische Invalideneinkommen auswirken. Daher ist je nach den konkreten Umständen des Einzelfalls ein Abzug von den LSE-Tabellenlöhnen von maximal 25 % zu gewähren (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 23. Januar 2004 in Sachen G., U 90/02, Erw. 3.4, mit Hinweis auf BGE 126 V 75; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 9. Mai 2005 in Sachen A., U 268/04, Erw. 3.2).

5.2.2. Gemäss den Angaben von L.____ im "Fragebogen für den Arbeitgeber" vom 10. August 2004 wurde das Arbeitsverhältnis aus familiären, mithin aus invaliditätsfremden Gründen aufgelöst (Urk. 12/11/1). Der bei dieser Firma erzielte Verdienst kann deshalb nicht zur Ermittlung des Valideneinkommens herangezogen werden. Dieses ist nach dem Gesagten vielmehr aufgrund lohnstatistischer Angaben zu bemessen.

5.2.3. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist bedeutsam, dass die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens im Dezember 2002 keine neue Erwerbstätigkeit - mehr - aufgenommen hat, mit welcher sie ihre Restarbeitsfähigkeit voll ausschöpft. Es sind somit ebenfalls statistische Lohnangaben heranzuziehen.

5.2.4. Somit sind Validen- und Invalideneinkommen auf der Grundlage der LSE 2002 zu bemessen, wobei angesichts der fehlenden Berufsausbildung der Beschwerdeführerin (Urk. 12/11/4) Ausgangspunkt bei beiden Einkommensgrössen der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) von Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau

4) im privaten Sektor von Fr. 3'820.-- (LSE 2002, Tabelle TA1, Seite 43) bildet.

Â Â Â Â Â Â Â Â Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erÃ¼brigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der InvaliditÃ¤tsgrad dem Grad der ArbeitsunfÃ¤higkeit unter BerÃ¼cksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Urteil des EidgenÃ¶ssischen Versicherungsgerichtes vom 19. April 2006 in Sachen T., I 175/06, ErwÃ¤gung 3, mit Hinweis).

Â Â Â Â Â Â Â Â Wie dargelegt, sind der BeschwerdefÃ¼hrerin ab Oktober 2005 - nur - wechselbelastende TÃ¤tigkeiten ohne eigentliche kÃ¶rperliche Schwerarbeit und/oder lang dauernde TÃ¤tigkeiten in einer unergonomischen Flexionshaltung ganztags zumutbar. Angesichts dieser EinschrÃ¤nkung ist sie auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einer gesunden Mitbewerberin benachteiligt, was sich erfahrungsgemÃ¤ss auf das Lohnniveau auswirkt. Nicht gegeben sind hingegen die Abzugskriterien des Alters und der TeilzeitbeschÃ¤ftigung, ebenso wenig dasjenige der NationalitÃ¤t bzw. Aufenthaltskategorie. Unter diesen UmstÃ¤nden rechtfertigt sich ein (leidensbedingter) Abzug vom Tabellenlohn von maximal 10 %.

5.3 Â Â Â Â Ausgehend von einer 100%igen ArbeitsunfÃ¤higkeit der BeschwerdefÃ¼hrerin in einer behinderungsangepassten TÃ¤tigkeit resultiert somit ein InvaliditÃ¤tsgrad von 10 %. SpÃ¤testens seit Oktober 2005 liegt demnach keine leistungsbegrÃ¼ndende InvaliditÃ¤t - mehr - vor (Art. 28 Abs. 1 IVG).

5.4 Â Â Â Â GemÃ¤ss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der ErwerbsunfÃ¤higkeit die anspruchsbeeinflussende Ã¤nderung fÃ¼r die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berÃ¼cksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich lÃ¤ngere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berÃ¼cksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Â Â Â Â Â Â Â Â Im vorliegenden Fall ist nach dem Gesagten von einer Verbesserung der ErwerbsunfÃ¤higkeit spÃ¤testens ab Oktober 2005 auszugehen. Somit steht der BeschwerdefÃ¼hrerin spÃ¤testens seit Januar 2006 keine Rente - mehr - zu.

6. Â Â Â Â Â Â Es ergibt sich somit, dass die vorliegenden Akten eine zuverlÃ¤ssige Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes der BeschwerdefÃ¼hrerin sowie dessen Auswirkungen auf die ArbeitsunfÃ¤higkeit fÃ¼r die Zeit ab Oktober 2005, nicht jedoch fÃ¼r die Zeit von Dezember 2003 bis September 2005 erlauben. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurÃ¼ckzuweisen, damit diese zum somatischen Gesundheitszustand der BeschwerdefÃ¼hrerin sowie dessen Auswirkungen auf die ArbeitsunfÃ¤higkeit in der bisherigen TÃ¤tigkeit und in einer behinderungsangepassten TÃ¤tigkeit in der Zeit von Dezember 2003 bis September 2005 weitere medizinische AbklÃ¤rungen vornehme. Je nach dem Ergebnis dieser AktenergÃ¤nzung hat die Beschwerdegegnerin zusÃ¤tzliche AbklÃ¤rungen hinsichtlich des mutmasslichen BeschÃ¤ftigungsumfanges der BeschwerdefÃ¼hrerin im Gesundheitsfall zu treffen (vgl. ErwÃ¤gungen 5.1 und 2.3.4). Danach hat sie Ã¼ber den Rentenanspruch der BeschwerdefÃ¼hrerin in der Zeit von Dezember 2003 bis lÃ¤ngstens Dezember 2005 (vgl. ErwÃ¤gung 5.4) erneut zu verfÃ¼gen. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Im Ã¼brigen (Rentenanspruch ab Januar 2006) ist sie abzuweisen.

7. 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.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verurteilung als Obsiegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3).

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen.

8. Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, hat sie Anspruch auf eine reduzierte Prozessentschädigung (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht), wobei diese auf Fr. 300.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist.

Ä

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. März 2007 insoweit aufgehoben wird, als er den Anspruch auf eine Invalidenrente für die Zeit von Dezember 2003 bis Dezember 2005 verneint, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin in dieser Zeit neu verurteile. Im Übrigen (Rentenanspruch ab Januar 2006) wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 300.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- Ausgleichskasse N. ____, Effingerstrasse 14, Postfach 5133, 3001 Bern

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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 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.