

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01471 vom 23. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01471

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01471 du 23 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01471 del 23 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Beurteilung sind jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, 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). Der Rentenanspruch für die Zeit bis am 31. Dezember 2007 ist damit aufgrund der bisherigen und nicht nach den neuen, mit der 5. IV-Revision geänderten Normen zu prüfen.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 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).

1.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente.

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 könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

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) oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit (seit 1. März 2004: oder des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes) 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).

1.4 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 Aussagen 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).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen 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 abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten 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 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Die Beschwerdegegnerin begründete die Zusprechung einer abgestuften Invalidenrente damit, dass die Beschwerdeführerin nach Ablauf der Wartezeit am 1. August 2004 voll arbeitsunfähig gewesen sei. Ab 14. Juni 2005 habe sich ihr Gesundheitszustand gebessert, so dass sie in ihrer angestammten Tätigkeit zu 40 % arbeitsfähig geworden sei. Ab 7. Februar 2006 habe sich der Gesundheitszustand schliesslich in dem Sinne gebessert, dass ihr eine angepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar geworden sei (Urk. 2/1-2). Es habe zwar eine psychiatrische Erkrankung festgestellt werden können, diese stelle jedoch keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden dar, der geeignet sei, eine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken zu können. Es seien auch sonst keine Faktoren ersichtlich, die für eine Unüberwindbarkeit der Stellung sprechen würden (Urk. 27 S. 2).

Die Beschwerdeführerin demgegenüber stellt sich auf den Standpunkt, sie sei aus psychiatrischer Sicht zu 75 % arbeitsunfähig und habe damit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente auch nach dem 1. Oktober 2005 (Urk. 29 S. 6 und 8).

E. 3

Anterolisthesis C6/7

- Costovertebralarthrose Th1/2 rechts mit osteophytärer Reaktion, Protrusion und Einengung des Rezessus lateralis rechts

4. Leichte Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23)

5. Status nach Alkohol-Abusus (ICD-10 F10.1)

Dr. C. ging bei der psychiatrischen Beurteilung davon aus, es müsse gesamthaft angenommen werden, dass schon vor dem Unfall vom 1. August 2003 eine labile Persönlichkeitssituation bestanden habe. Dies habe sich in einem jahrelangen Alkoholabusus geäussert. Die labile Persönlichkeitsstruktur begründe sich durch die Kindheitssituation, welche die Beschwerdeführerin bis anhin therapeutisch nie adäquat aufgearbeitet habe. Nach dem Unfall habe sie unter verschiedenen Beschwerden gelitten und sich nicht mehr in der Lage gefühlt, die Arbeit aufzunehmen, was zu einer Unsicherheit gegenüber der allgemeinen Situation und Zukunft geführt habe. Im Rahmen der beeinträchtigenden Situation leide sie im Sinne einer Anpassungsstörung unter Verstimmungen, was auch im Rahmen des labilen Gemütszustandes, der prämorbid sicher schon zum Grossteil vorhanden gewesen sei, interpretiert werden müsse. Es könne allerdings angenommen werden, dass eine leichte Verstärkung durch

die Unfallfolgen stattgefunden habe. Es sei zudem anzunehmen, dass dadurch die Körperbeschwerden teilweise psychogen überlagert würden. Es fänden sich nicht eindeutige Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung, wie dies die damals behandelnde Psychiaterin angebe. Es müsse aber angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall unter einer akuten Belastungssituation gestanden habe. Die dabei erlittenen relativ gravierenden Verletzungen und die Commotio cerebri erklärten eine mögliche abweichende Darstellung gewisser Umstände (Urk. 8/46 S. 21).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf die gestellten Diagnosen erachtete Dr. A. ___ Arbeiten mit langen Phasen in gleicher Kopfhaltung sowie Arbeiten mit häufigem Tragen oder Heben von Gewichten über 10 kg als nicht mehr zumutbar (Urk. 8/46 S. 8). Aus somatischer Sicht ging er abschliessend von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit aus. Die Einschränkungen betreffen einerseits die aktuelle klinische Situation der Hals-/Brustwirbelsäule sowie die Dekonditionierung durch den langen Arbeitsunterbruch. Beide Faktoren wären durch eine adäquate, intensivierete medizinische Behandlung günstig zu beeinflussen, weshalb eine definitive Beurteilung der Situation ein Jahr nach Beginn der intensivierten Therapie gemacht werden könne. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % anzunehmen. Diese kumuliere sich nicht mit der somatischen Arbeitsunfähigkeit, so dass von einer Gesamtarbeitsunfähigkeit von 60 % auszugehen sei (Urk. 8/46 S. 11).

3.2 Ä Ä Ä Im Y. ___-Gutachten vom 20. März 2006 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgenommen (Urk. 8/50 S. 21):

1. Ä Ä Ä Status nach Verkehrsunfall am 1. August 2003 mit Halswirbelkörper 4- und 6-Bogenfrakturen, Abrissfrakturen C7, Brustwirbelkörper-3- und 4-Kompressionsfrakturen, Sternumfraktur, leichter traumatischer Hirnverletzung, Anterolisthesis C5/C7

Ä Ä Ä Ä - links betontes Zervikovertebral- und Zervikozephalosyndrom (ICD-10 M53.0)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä ohne radikuläre und/oder spinale Funktionsstörungen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä zervikogene Cephalae

Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zervikobrachialgie links mehr als rechts

Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä hypertrophe, teils nearthrotische Fazettengelenksveränderungen C4/5 sowie C6/7

Ä Ä Ä Ä - verhaltensneurologischer Beschwerdekomples (ICD-10 F07.2)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä bei Status nach MTBI

Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä bei psychiatrischer Comorbidität

Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä möglicherweise anderweitige Überlagerungen

Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä persistierendes Thorakovertebralsyndrom, links betont (ICD-10 M54.6)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä Costovertebralarthrose Th1/2 rechts mit osteophytärer Reaktion, Protrusion und Einengung des Recessus lateralis rechts

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Folgenden Diagnosen massen die Y.____-Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 8/50 S. 21):

1.Ä Ä Ä Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)

2.Ä Ä Ä Status nach Alkoholabusus (ICD-10 F10.1)

Ä Ä Ä Ä - derzeit praktisch kein Konsum, auch labormässig dokumentierbar

3.Ä Ä Ä Medikamentenmalcompliance (ICD-10 Z91.1)

4.Ä Ä Ä Aktuell Epicondylitis links (ICD-10 M77.0)

Ä Ä Ä Ä - anamnestisch Exazerbation beziehungsweise Auslösung unter Physiotherapie

5.Ä Ä Ä Anamnestisch Tinnitus seit Oktober 2005 (ICD-10 H93.1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich der Begutachtung im Y.____ habe die Beschwerdeführerin über Schmerzen von der Brustwirbelsäule thorakal nach links ausstrahlend geklagt, wobei auch die linke Schulter betroffen sei. Manchmal habe sie auch Schmerzen über dem oberen Brustbein. Sie habe auch Nackenschmerzen, die in den Hinterkopf ausstrahlen, sobald sie längere Zeit auf sei. In den Akten hätten die Gutachter noch Hinweise auf therapieresistente, in den linken Arm ausstrahlende Nackenbeschwerden angegeben (Urk. 8/50 S. 9). Bei der neurologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin sodann eine rasche Ermüdbarkeit, Durchschlafstörungen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Ohrensausen und Schwindelbeschwerden angegeben (Urk. 8/50 S. 11 f.). Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sie schliesslich über eine erhöhte Ängstlichkeit geklagt (Urk. 8/50 S. 19). Der psychiatrische Y.____-Konsiliararzt schloss die von der damals behandelnden Psychiaterin gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aus, weil sich die Beschwerdeführerin an den Hergang des doch schweren Unfalles vom 1. August 2003 nicht erinnern könne. Es sei auch ohne weiteres möglich, mit ihr über den Unfall zu sprechen, was bei Menschen, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung litten, eher schwierig sei, weil die Erinnerung an das traumatische Ereignis im Allgemeinen heftige Affekte hervorrufe. Sie träume gelegentlich von einem Knall, erwache, könne aber wieder einschlafen. Tagsüber erinnere sie sich gelegentlich an den Unfall, was bei ihr jedoch keine Ängste auslöse. Der leichte soziale Rückzug hänge mit der Ängstlich-depressiven Störung zusammen und sei nicht Ausdruck einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Beschwerdeführerin sei vor allem aufgrund ihrer Konzentrations- und Gedächtnisstörungen verunsichert und traue sich deshalb keine berufliche Tätigkeit mehr zu (Urk. 8/50 S. 20).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Y.____-Gutachter bezeichneten Dr. A.____' Gutachten vom 29. September 2005 als ausgezeichnet. Er habe allerdings keine Aussage zu Verweistätigkeiten gemacht. Auch sei nicht ganz klar, inwieweit kognitive Einschränkungen, welche allerdings dann fachfremd zu beurteilen gewesen wären, einbezogen worden seien. Diesbezüglich sei im Y.____ die neurologische Untersuchung durchgeführt worden. Aufgrund der objektivierbaren Befunde könne auch aus neurologischer Sicht eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestätigt werden. Körperlich leichte, wechselnd belastende Tätigkeiten, ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg, ohne Tätigkeit in vorgebeugter Stellung und in Nackenstellung seien der Beschwerdeführerin neurologisch sogar zu mindestens 50 % zumutbar. Aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht seien

keine Befunde oder Diagnosen festzustellen, welche die Arbeitsfähigkeit tangierten. Es bestehe eine schlechte Medikamentencompliance, indem die Beschwerdeführerin beide angegebenen Psychopharmaka nicht einnehme. Unter der Annahme, dass die Beschwerdeführerin die Antidepressiva tatsächlich einnehmen würde, wäre aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bestmöglichen. Die Einschränkung einer 40%igen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer besser adaptierten Tätigkeit sei jedoch noch nicht abschliessend, da die therapeutischen Massnahmen noch nicht ausgeschöpft worden seien. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsfähigkeiten gingen die Y.____-Gutachter schliesslich davon aus, dass der Beginn der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zweifellos auf den 1. August 2003 zurückzuführen sei (Urk. 8/50 S. 22 f.).

3.3.3.3 In ihrer Stellungnahme vom 18. August 2006 zu diesen zwei Gutachten berichtete Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, über die während der vor zwei Jahren aufgenommenen Psychotherapie mit analytischem Hintergrund erhobenen Befunde. Dabei wiederholte sie die bereits früher gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und neu einer dissoziativen Identitätsstörung (ICD-10 F44.8). Dazu führte sie aus, die Beschwerdeführerin sei eine mehrfach traumatisierte Frau in äusserst ungünstigen Verhältnissen in der Frühkindheit. Eine zweite Traumatisierung sei erfolgt, als der Ehemann, mit welchem sie offenbar eine sehr gute Beziehung gepflegt habe, [1990] ermordet worden sei. Die Beschwerdeführerin habe daraufhin Angst gehabt, sie könnte die Nächste sein. In der Frühkindheit habe sie unter Umständen eine relativ solide Abwehr entwickelt, so dass es zu keinen frühkindlichen neurotischen Symptomen gekommen sei. Die Abwehr habe bei der zweiten Traumatisierung dekompenziert. So habe die Beschwerdeführerin begonnen, Alkohol zu missbrauchen. Nach zehn Jahren und einer Behandlung mit Antabus sei sie trocken geworden. Nach dem Verkehrsunfall [vom 1. August 2003] habe ihre Abwehr im Sinne der Entwicklung einer posttraumatischen Störung und Intensivierung einer schon vorhandenen Neigung zur Entwicklung einer dissoziativen Symptomatik dekompenziert. Die Beschwerdeführerin selbst beschreibe ihre Neigung als "eine Fassade haben", eine Fassade, die lächelt, angenehm, freundlich und nett sei. Was hinter der Fassade passiere, wolle sie nicht preisgeben. Im Sinne der dissoziativen Störungen könnte sich das so interpretieren lassen, dass in unangenehmen Situationen eine bestimmte Persönlichkeit in den Vordergrund trete und damit die primäre Persönlichkeit schütze, die eher zu Depression neige. Die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung, die intrusiven, sich wiederholenden Träume und vor allem intrusive, sich wiederholende Bilder tagsüber, liessen sich als dissoziative Phänomene erklären. Nur in einem solchen Zustand sei es der Beschwerdeführerin möglich, die Persönlichkeit, welche die Bilder erlebt habe, zuzulassen, und das auch nur für eine kurze Zeit. Dabei werde die primäre Persönlichkeit geschützt (Urk. 8/84 S. 13 ff.). Sodann legte die Psychiaterin die bei der Einnahme von Antidepressiva aufgetretenen Nebenwirkungen dar, welche zur Beschränkung der medikamentösen Behandlung auf die Linderung der Angst führte (Urk. 8/84 S. 15 f.).

3.3.3.4 Schliesslich schätzte Dr. D.____ die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % ein. Zur Begründung führte sie aus, mnestisch-kognitive Funktionen, Antrieb,

affektive Aspekte, Selbstwertaspekte, interaktionelle Aspekte seien immer noch mit aktiven Symptomen "besetzt". Die Arbeitssuche sei erfolglos gewesen, mit vielen Frustrationen und einer Art von Retraumatisierung, indem sich die Beschwerdeführerin wieder als nicht gewollt, nicht gewünscht, unfähig erlebt habe (Urk. 8/84 S. 21).

3.4 Vom 8. November 2006 bis 20. Dezember 2006 war die Beschwerdeführerin in der Klinik E. hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 27. Dezember 2006 wurde die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) gestellt. Hauptfokus der Therapie sei darauf gelegen, einen besseren Umgang mit der gegebenen Schmerzsymptomatik zu erarbeiten, um der Beschwerdeführerin wieder einen aktiveren Lebensstil und eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen beziehungsweise einer weiter fortschreitenden Invalidisierung entgegenzuwirken. Im Laufe der sechswöchigen Behandlung habe die Beschwerdeführerin einige Erfolge erzielen können, insbesondere ein mit der Schmerzsymptomatik verbundenes, überaus ausgeprägtes Vermeidungsverhalten ein Stück weit abbauen. Hier bestünden gute Anknüpfungspunkte für die ambulante Weiterbehandlung (Urk. 8/92).

3.5 Zwischen dem 10. September 2007 und dem 13. Oktober 2007 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Klinik F. zur stationären muskuloskelettalen Rehabilitation auf. Im Austrittsbericht vom 25. Oktober 2007 bestätigten die Ärzte die bisher gestellten somatischen Diagnosen sowie diejenige einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom. Aus medizinisch-theoretischer Sicht gingen sie von einer wahrscheinlich bleibenden Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 80 % aus. Diese setze sich aus psychiatrischen Gründen (50 %) und schmerzbedingter mangelnder Ausdauer zusammen. Eine zu vermutende reduzierte Leistungsfähigkeit mit verbleibender Restarbeitsfähigkeit für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit habe sich im stationären Verlauf nicht quantifizieren lassen (Urk. 3/15).

3.6 Der Rheumatologe Dr. A., Chefarzt am Spital B., verfasste am 20. Februar 2008 erneut ein Gutachten zuhanden des Unfallversicherers. Darin bestätigte er die bisher gestellten Diagnosen und führte weiter aus, somatisch habe sich seit seiner Begutachtung vom 29. September 2005 weder am Symptombild noch in der klinischen oder radiologischen Situation etwas Wesentliches verändert. Angesichts der Divergenzen in den medizinischen Vorakten müsse die Gesamtarbeitsfähigkeit nochmals psychiatrisch und eventuell neuropsychologisch beurteilt werden. Allerdings sollte sich die somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit nicht zu einer allfälligen psychiatrischen Einschränkung addieren. Die theoretische Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Verweistätigkeit werde, wie in früheren Gutachten skizziert und von den Kollegen des Y. und der Klinik F. detailliert bestätigt, 50 % bis 60 % nicht übersteigen (Urk. 14/1 S. 6 ff.).

3.7 In der Folge liess der Unfallversicherer die Beschwerdeführerin in der Klinik Z. begutachten. Im Gutachten vom 20. Mai 2009 wurden in psychischer Hinsicht die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) sowie von Angst und depressiver Stimmung gemischt (ICD-10 F41.2) gestellt. Lediglich diesen Erkrankungen wurde aus psychiatrischer Sicht ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (Urk. 21 S. 27).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter fÄ¼hrten die Ärzte aus, subjektiv bestÄ¼nden bei der BeschwerdefÄ¼hrerin seit dem Unfall [vom 1. August 2003] Schmerzen, insbesondere in der Halsregion und der linken Schulterregion, welche sich situativ verschlimmerten. Mangels einer kausalen Verbindung des Schmerzes mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen sahen sie die Kriterien fÄ¼r eine anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung als nicht erfÄ¼llt an. Hingegen bejahten sie die diagnostischen Kriterien fÄ¼r eine andauernde PersÄ¼nlichkeitsÄ¼nderung bei chronischem Schmerzsyndrom. Durch den Unfall und dessen kÄ¼rperlichen Folgen, insbesondere die Schmerzen, sei eine Schwelle der psychischen Belastbarkeit Ä¼berschritten worden. Die BeschwerdefÄ¼hrerin sei seither subjektiv kaum noch belastbar, ziehe sich zurÄ¼ck, verliere die Freude an vormals genossenen TÄ¼tigkeiten, dissoziiere gedanklich Ä¼ber Stunden. Sie erlebe sich selbst als verÄ¼ndert und defizient. Die Umwelt werde als mehr oder weniger feindselig empfunden. Es bestehe somit eine eindeutige und andauernde VerÄ¼nderung im Verhalten und Denken bezÄ¼glich der Umwelt und der eigenen Person. Ä¼ber Jahre hinweg habe sich die BeschwerdefÄ¼hrerin trotz vielfÄ¼ltiger somatischer wie psychiatrischer Therapie als schmerzhaft eingeschrÄ¼nkt und beschÄ¼digt erfahren. Auch bestehe unflexibles und fehlangepasstes Verhalten. Dies zeige sich aus der Fremdanamnese durch den Lebenspartner, der die Reizbarkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin sowie deren UnfÄ¼higkeit zu lÄ¼ngere Aufenthalt an Orten mit mehreren Personen beschreibe. Zur PersÄ¼nlichkeitsÄ¼nderung dÄ¼rfte einerseits das Unfallereignis selbst, andererseits der subsequeunte chronische Schmerz ursÄ¼chlich sein. Ä¼ber Jahre hinweg habe sich die BeschwerdefÄ¼hrerin trotz vielfÄ¼ltiger somatischer wie psychiatrischer Therapie als schmerzhaft eingeschrÄ¼nkt und beschÄ¼digt erfahren. Hieraus seien DepressivitÄ¼t, RÄ¼ckzug und Selbstwertprobleme gefolgt, welche wiederum die Ä¼berzeugung vom BeschÄ¼digtsein verfestigt hÄ¼tten. Ä¼ber die Zeit habe sich dieser Kreislauf in die PersÄ¼nlichkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin eingegraben (Urk. 21 S. 28 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die von Dr. C. ___ diagnostizierte leichte AnpassungsstÄ¼rung kÄ¼nne nicht bestÄ¼tigt werden. Vielmehr sei im Verlauf der Symptomatik eine Chronifizierung der AnpassungsstÄ¼rung zur PersÄ¼nlichkeitsÄ¼nderung abgelaufen. Die von Dr. D. ___ gestellte und von den Y. ___-Gutachtern verneinte Diagnose einer posttraumatischen BelastungsstÄ¼rung sei zwar formal mÄ¼glich, jedoch nicht sinnvoll, da die subjektive Symptomatik dafÄ¼r zu unspezifisch sei und objektiv im psychopathologischen Befund zu wenig wegweisende Symptomatik feststellbar sei. Eine Depression oder eine Dysthymie verneinte das Gutachten, obwohl gewisse subjektiv berichtete Einzelsymptome bestÄ¼nden. Spezifische Angst- und affektive Erkrankungen kÄ¼nnten ausgeschlossen werden. Hingegen liege die Diagnose "Angst und depressive StÄ¼rung gemischt" vor. Eine ZwangsstÄ¼rung und eine fortgeschrittene neurodegenerative Erkrankung seien ebenso auszuschliessen wie ein organisches Psychosyndrom nach SchÄ¼delhirntrauma, ein Schmerzmittelmissbrauch und eine akute Alkoholproblematik (Urk. 21 S. 31 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die neuropsychologische Untersuchung habe das Vorliegen leichter kognitiver StÄ¼rungen, allerdings mit Verdeutlichungstendenzen bestÄ¼tigt. Diese kognitiven AuffÄ¼lligkeiten seien nach Ausschluss von neurodegenerativen Erkrankungen auf Schmerz, Schmerzmittelgebrauch, Angst und Depression zurÄ¼ck zu fÄ¼hren (Urk. 21 S. 36 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Trotz jahrelangen Versuchs zu psychotherapeutischer Behandlung ergÄ¼nzt um psychopharmakologische Intervention, sowohl im ambulanten wie auch

stationären Rahmen, gebe es subjektiv-anamnestisch wie aktenkundlich keinen Anhalt für eine wesentliche Verbesserung (oder Verschlechterung) der Symptomatik seit dem psychiatrischen Erstgutachten. Es sei somit hinsichtlich der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen vom Eintritt des stationären Endzustandes auszugehen. Psychiatrischerseits ergebe sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor allem aus den Schmerzfolgen, der erhöhten Ermüdbarkeit und den verschiedenen Angstsymptomen der Beschwerdeführerin. Diese würden neben einer generellen Reduktion des Arbeitspensums entsprechende Pausen und Rückzugsmöglichkeiten erfordern, was bei einem täglichen Arbeitspensum von zwei Stunden gegeben sein sollte. Hierbei sei einerseits die im Berufsleben geringere Möglichkeit zur flexiblen Einteilung der Arbeit ebenso wie eine höhere Exponiertheit gegenüber Leistungsanforderungen berücksichtigt, andererseits jedoch auch die Möglichkeit zur Willensanstrengung. Aktuell sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht somit für jegliche Erwerbstätigkeit bei 25 % anzusetzen. Da Pausen und Rückzugsmöglichkeiten auch durch eine Reduktion des Arbeitspensums aus somatischen Gründen geschaffen würden, wäre die Arbeitsunfähigkeit nicht additiv zu betrachten. Mit Hinblick auf den angstbedingten sozialen Rückzug wäre eine konsequente kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention im Sinne einer Expositions- und Trainingstherapie angezeigt. Hingegen wäre einer Vermeidung angstauslösender Situationen nach Möglichkeit entgegenzuwirken. Weiter indiziert wären verhaltenstherapeutischer Aktivitätsaufbau, Selbstsicherheitstraining und Training sozialer Kompetenzen. In diesem Sinne könnte sich die Möglichkeit zur Wiederaufnahme einer Erwerbsarbeit als durchaus hilfreich erweisen. Eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes auch mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit würde sich hieraus gemäß den Gutachtern aufgrund der Chronizität des Verlaufs aber wahrscheinlich nicht mehr ergeben (Urk. 21 S. 41 ff.).

3.8. Im Untersuchungsbericht des RAD vom 25. September 2009 führte Prof. Dr. med. G. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, die von der Klinik Z. ____, postulierte andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8) könne mangels Erfüllung der Kriterien nicht bestätigt werden. Es gebe keine Hinweise auf eine eindeutige und andauernde Veränderung in der Wahrnehmung, im Denken und Verhalten bezüglich der Umwelt und der eigenen Person. Das Verhalten sei nicht massiv unflexibel und fehlangepasst, die Beschwerdeführerin habe nicht eine grundlegend feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, der soziale Rückzug sei durchaus gegeben, aber nicht vollständig, das Gefühl der Leere oder Hoffnungslosigkeit werde nicht bestätigt, ebenso wenig wie das ständige Bedroht-Sein, auch zeige sich kein Entfremdungsgefühl. Hingegen bestätigte Prof. Dr. G. ____, die sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht auswirkende Diagnose Angst und Depression gemischt. Im Ganzen erachtete er die Ergebnisse dieser Untersuchung, insbesondere des Psychostatus, als weitgehend kohärent mit den Begutachtungen durch Dr. C. ____, und den psychiatrischen Y. ____,-Konsiliararzt (Urk. 28/6).

4. Den verschiedenen Beurteilungen von Dr. A. ____, sowie dem Y. ____,-Gutachten vom 20. März 2006 lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht seit 1. August 2003 in einer ihren körperlichen Beschwerden adaptierten Tätigkeit nur noch zu 40 % bis 50 %

arbeitsfähig ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich des Gesundheitszustandes aus psychiatrischer Sicht lassen sich der Stellungnahme von Dr. D.____ wertvolle Informationen entnehmen, welche die Therapeutin im Laufe der zweijährigen Behandlung sammeln konnte. Der sehr ausführlichen, detaillierten Stellungnahme der im Dezember 2007 verstorbenen Psychiaterin vom 18. August 2006 (Urk. 8/84 S. 2 ff., insbesondere S. 5 ff.; vgl. Urk. 21 S. 13) bei der Beurteilung der Beschwerdeführerin ist einiges Gewicht beizumessen. Zwar ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen; Urteil H. vom 21. Februar 2005, I 570/04, E. 5.1), was namentlich in Bezug auf die Wertung von subjektiven Schmerzangaben ins Gewicht fallen kann. Indessen sind insbesondere die anamnestischen Ausführungen Dr. D.____s sehr präzise, fundiert und gewissenhaft zusammengestellt worden. Sie sind plausibel und werden, wenn auch durchwegs in den massgeblichen jährigen medizinischen Unterlagen aufgenommen. Insbesondere schlagen sie eine Brücke zu den Ausführungen im Klinik Z.____-Gutachten, wonach die Versicherte in der Vergangenheit einige schwer belastende, offensichtlich und aktenkundig nicht aufgearbeitete Ereignisse zu tragen gehabt hatte: Alkoholabhängigkeit und Gewalttätigkeit des Vaters, Inzest in der Familie, Heimplatzierungen in der Kindheit und Jugend sowie Ermordung des Ehemannes erst in der jüngeren Vergangenheit (Urk. 21 S. 8 f.). Der in diesem Zusammenhang im Klinik Z.____-Gutachten stehende Hinweis, durch den Unfall und dessen körperliche Folgen, insbesondere die Schmerzen, sei bei der Versicherten eine Schwelle der psychischen Belastbarkeit überschritten, also gleichsam das Fass zum Überlaufen gebracht worden, überzeugt angesichts dessen wie im jährigen auch die weiteren, differenzierten Ausführungen (Urk. 21 S. 30). Sie lassen die Schlussfolgerungen der Klinik Z.____ plausibel erscheinen, welche ihr Gutachten zwar in erster Linie im Hinblick auf die Prüfung der reinen Unfallfolgen vorgenommen hat, aber dennoch die mehrfachen Traumatisierungen der Versicherten in der Vergangenheit gebührend thematisiert und gewürdigt hat. Die weiteren medizinischen Berichte stehen diesen gezogenen Schlussfolgerungen und deren Begründung durch die Klinik Z.____ nicht entgegen: So enthält der Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 27. Dezember 2006 (Urk. 8/92) gar keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit, währenddem der Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 25. Oktober 2007 bereits die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom stellt und "eine wahrscheinlich bleibende Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 80 % annimmt", also im gleichen Bereich wie die Klinik Z.____. Zwar habe sie eine reduzierte Leistungsfähigkeit mit verbleibender Restarbeitsfähigkeit für eine leichte wechselbelastende Arbeitstätigkeit vermutet, diese aber im stationären Verlauf nicht quantifizieren können (Urk. 3/15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In dem vom Unfallversicherer in Auftrag gegebenen Gutachten des B.____ vom 29. September 2005 wies der beigezogene Konsiliararzt Dr. C.____ in gleicher Weise wie die Klinik Z.____ - und damit deren Erhebungen bestmöglichend - auf die schon vor dem Unfall vom 1. August 2003 bestandene labile Persönlichkeitssituation hin, die sich in einem jahrelangen Alkoholabusus geäussert habe und auf der Kindheitssituation begründe, welche die Beschwerdeführerin bis anhin therapeutisch nie adäquat aufgearbeitet habe. Auch das B.____ führte aus, es müsse angenommen werden, dass

die Beschwerdeführerin (schon) beim Unfall unter einer akuten Belastungssituation gestanden habe (Urk. 8/46 S. 21). Eine definitive Beurteilung der Situation erachtete das Gutachten erst ein Jahr nach Beginn der intensivierten Therapie als möglich (Urk. 8/46 S. 11).

Der psychiatrische Y.___-Konsiliararzt schloss zunächst die von der damals behandelnden Psychiaterin Dr. D.___ gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aus, weil sich die Beschwerdeführerin an den Hergang des doch schweren Unfalles vom 1. August 2003 nicht erinnern könne, ohne den übrigen, unfallfremden Traumatisierungen näher nachzugehen (Urk. 8/50 S. 20). Der Konsiliararzt betonte ferner besonders eine schlechte "Medikamentencompliance" und mass dieser erhebliche Bedeutung zu (Urk. 8/50 S. 20 und 22). Dabei setzte er sich allerdings mit den von Dr. D.___ ausführlich geschilderten Versuchen mit Medikamenten und den sich daraus ergebenden Unverträglichkeiten der Versicherten nicht auseinander (Urk. 8/84 S. 15). Auch das Y.___ hielt die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit noch nicht als abschliessend, da die therapeutischen Massnahmen noch nicht ausgeschöpft worden seien. Die belastende Vergangenheit der Versicherten, welche sich offensichtlich und in nachvollziehbarer Weise erheblich auf ihre Psyche ausgewirkt hat, erwähnten die Y.___-Gutachter zwar in der fachpsychiatrischen Anamnese (Urk. 8/50 S. 19), sie äusserten sich aber dann in der psychiatrischen Beurteilung lediglich zu den reinen Unfallfolgen (Urk. 8/50 S. 20) und erwähnten die belastende Vorgeschichte in der Gesamtbeurteilung gar nicht mehr (Urk. 8/50 S. 22 f.).

Die Schlussfolgerungen von RAD-Arzt Prof. Dr. G.___ im Bericht vom 25. September 2009 vermögen dagegen nicht zu überzeugen. Einerseits setzte auch er sich mit der von den übrigen berichtenden Fachkollegen stark gewichteten Vorgeschichte der Beschwerdeführerin nicht auseinander, was sich auch in der nur kurzen Diskussion der doch von verschiedenen Fachleuten unabhängig voneinander gestellten Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung niederschlägt. Andererseits stützt er sich auf ein einziges, angesichts der Knappheit der im Bericht enthaltenen Angaben wohl eher kurz gehaltenes Abklärungsgespräch, während die anderen psychiatrischen Stellungnahmen auf eingehenderen ambulanten (Behandlung bei Dr. D.___, Begutachtung in der Klinik Z.___) oder stationären Abklärungen (Klinik F.___ und Klinik E.___) beruhen. So liegen dem Gutachten der Klinik Z.___ vom 20. Mai 2009 eine neurologische und neuropsychologische Untersuchung sowie zwei Untersuchungsgespräche von insgesamt 4 ½ Stunden zugrunde. Dementsprechend finden sich hier ausführlichere Informationen zur Anamnese und zum aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Auch wird im Gutachten nachvollziehbar und ausführlich dargelegt, wie sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 1. August 2003 infolge der schmerzbedingten Einschränkungen entwickelt hat. Überzeugend ist sodann auch die sehr eingehende Diskussion der zu stellenden Diagnosen, insbesondere die seriöse Auseinandersetzung mit den Kriterien nach ICD-10 und den teilweise unterschiedlichen Beurteilungen in den Vorakten (insbesondere Dr. D.___ und Y.___). Schliesslich weist das Gutachten verschiedene Verknüpfungen zu den früheren Abklärungen (vor allem Klinik F.___, in der Klinik E.___ und Dr. A.___) auf, fügt sich in das von den Vorakten abgegebene Bild ein, beantwortet die noch offenen oder strittigen Fragen und vervollständigt damit die medizinische Aktenlage.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus diesen GrÄ¼nden kann auf das Gutachten abgestellt werden und ist davon auszugehen, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin seit dem Unfall vom 1. August 2003 bis zum massgeblichen Zeitpunkt des angefochtenen Entscheides vom 25. Oktober 2007 unverÄ¼ndert nur noch zu 25 % arbeitsfÄ¼hig was respektive ist.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin ermittelte das hypothetische Valideneinkommen von Fr. 54'435.55 im Jahre 2004 ausgehend von den Angaben im Arbeitgeberfragebogen vom 17. September 2004 (Urk. 2/1-2). Dieses Vorgehen ist angemessen und wurde von der BeschwerdefÄ¼hrerin nicht gerÄ¼gt (Urk. 1, Urk. 13 und Urk. 29).

5.2 Ä Ä Ä Ä FÄ¼r die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primÄ¼r von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsÄ¼chlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue ErwerbstÄ¼tigkeit aufgenommen hat, so kÄ¼nnen nach der Rechtsprechung TabellenlÄ¼hne gemÄ¼ss den vom Bundesamt fÄ¼r Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). FÄ¼r die InvaliditÄ¼tsbemessung wird praxisgemÄ¼ss auf die standardisierten BruttolÄ¼hne (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 berÄ¼cksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsÄ¼bliche durchschnittliche Arbeitszeit von wÄ¼hentlich 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 3-2009 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Anwendung dieser Rechtsprechung ist das im Jahre 2004 von einer Frau mit einer 25 % ArbeitsfÄ¼higkeit fÄ¼r einfache und repetitive Arbeiten erzielbare Invalideneinkommen auf Fr. 12'146.15 anzusetzen ($3'893.-- \times 12 / 40 \times 41.6 \times 25 \%$). Selbst ohne Vornahme eines behinderungsbedingten Abzuges ergibt sich ein InvaliditÄ¼tsgrad von rund 78 % (Valideneinkommen: Fr. 54'435.55; Erwerbsausfall: Fr. 42'289.40), weshalb die BeschwerdefÄ¼hrerin seit Ablauf der Wartezeit am 1. August 2004 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1000.-- festzulegen und ausgangsgemÄ¼ss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der BeschwerdefÄ¼hrerin eine ProzessentschÄ¼digung von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Ä§ 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Ä§ 34 Abs. 1 des Gesetzes Ä¼ber das Sozialversicherungsgericht; GSVGer).

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÄ¼rich, IV-Stelle, vom 25. Oktober 2007 insoweit abgeÄ¼ndert, als festgestellt wird, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin auch nach dem 30. September 2005 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Andrea A. Berger-Fehr

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 31 + 32 zur Kenntnisnahme

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- H.____

- I.____

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.