

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00447 vom 4. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00447

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00447 du 4 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00447 del 4 novembre 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstellung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstellung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstellung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener

Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

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

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

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 3.3

3.3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. 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).

3.3.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die

Ärztliche Gutachten, 4., ergänzte Auflage 2003, S. 24 f.).

3.6. Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückerweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (Art. 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückerweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückerweisung in Frage, wenn der Versicherungssträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

E. 4

4.1. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere eine Rente, hat.

4.2. Die Beschwerdegegnerin machte in ihrer Verfügung vom 18. März 2008 geltend, die Haushaltabklärung habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 60 % erwerbstätig wäre. Die restlichen 40 % entfielen auf den Haushaltbereich. Bei voller Gesundheit wäre es ihr bei einem Pensum von 60 % möglich, ein jährliches Einkommen von Fr. 39'363.65 zu erzielen. Gemäss Gutachten des T. vom 3. Januar 2007 sei ihr eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar. Dies ergebe ein Invalideneinkommen von Fr. 32'803.--. Bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 6'560.-- resultiere ein Invaliditätsgrad von 17 %. Die Einschränkung im Haushaltbereich belaufe sich gemäss Abklärung vor Ort vom 19. Juni 2007 auf 32,5 %. Bei einem Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 10,2 % und im Haushalt von 13 % ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 23 % (Urk. 2 Seiten 2 und 3).

4.3. Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, sie würde, wenn sie heute beschwerdefrei wäre, zu 100 % arbeiten, zumal ihre Kinder mittlerweile alle volljährig seien (Urk. 1 Seiten 3 und 4). Im Weiteren gehe die Beschwerdegegnerin zu Unrecht von einem Stellenpensum von 60 % aus. Wenn man alle ihre Anstellungen richtig berücksichtige, habe ihr gesamtes Stellenpensum deutlich über 70 % betragen (Urk. 1 Seiten 4 und 5). Ausserdem sei für das Invalideneinkommen ein viel zu hoher Betrag eingesetzt worden. Es könne nicht einfach davon ausgegangen werden, dass sie ihren bisherigen Beruf trotz schwerer psychischer Probleme weiterführen könne. Nur in minderqualifizierten Berufen wäre eine solche behinderungsangepasste Arbeitstätigkeit überhaupt denkbar. Deshalb sei das Invalideneinkommen deutlich zu reduzieren (Urk. 1 Seite 6). Es sei von Tabellenlöhnen auszugehen und diese seien durch einen angemessenen invaliditätsbedingten Abzug zu reduzieren. Dann müsse auch das Gutachten des T. als ungenügend bezeichnet werden (Urk. 1 Seite 7).

4.4. In der Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2008 führte die Beschwerdegegnerin aus, in der Beschwerdeschrift werde nachvollziehbar dargelegt, warum das Pensum im Erwerbsbereich höher anzusetzen sei. Dem könne in dem Sinne gefolgt werden, dass von einem Erwerbsbereich von 75 % (L., Arbeiterhilfswerk sowie geringes Teilpensum für Gemeinden des Kantons I.) und einem Aufgabenbereich von 25 % auszugehen sei. Im Ergebnis ändere dies aber am rentenabweisenden Leistungsentscheid nichts (Urk.

Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, sie sei als Vollerwerbstätige zu qualifizieren (Urk. 1 Seiten 3 und 4).

5.3.2 Im Abklärungsbericht vom 27. Juni 2007 wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe anlässlich des Abklärungsgespräches vom 19. Juni 2007 die vorliegenden Arbeitgeberberichte des Vereins L. ___ sowie des Hilfswerk M. ___ als in etwa richtig bestätigt. In den Jahren 2002 und 2003 habe sie zusätzlich noch im Kinderhort N. ___ während ca. drei bis vier Stunden pro Woche gearbeitet. Sie sei jedoch ständig in Terminkonflikte mit ihrer eigentlichen Arbeit beim Hilfswerk M. ___ und beim Verein L. ___ geraten. Deshalb habe sie diese Tätigkeit wieder aufgegeben. Laut ihren Aussagen würde sie heute ohne Behinderung ihre bisherige Erwerbstätigkeit als Kinderbetreuerin weiterhin ausüben. Eine Steigerung des bisherigen Arbeitspensums sei gar nicht möglich gewesen, da dafür die Kurse nicht genug ausgelastet gewesen seien. Sie habe also gar nicht mehr Stunden arbeiten können (Urk. 9/70/2).

Die Abklärungsperson führte dazu an, die Beschwerdeführerin habe 2002 und 2003 versucht, mehr zu arbeiten, habe dieses Vorhaben aber wegen ständigen Terminkonflikten, mithin aus invaliditätsfremden Gründen, wieder aufgegeben. Das Arbeitspensum beim Hilfswerk M. ___ habe 40 % (16 Stunden pro Woche) betragen. Beim Verein L. ___ habe sich das durchschnittliche Einkommen 2002/2003 auf Fr. 11'743.-- belaufen, was beim damaligen Stundenlohn von Fr. 35.-- rund 335,5 Arbeitsstunden pro Jahr ergeben habe. Ein Vollpensum bei 40 Stunden pro Woche und abzüglich Ferien/Feiertage von gesamthaft ca. 1,5 Monaten entspreche ca. 1680 Arbeitsstunden pro Jahr. Die Tätigkeit beim Verein L. ___ habe die Beschwerdeführerin demnach mit einem Pensum von ca. 20 % ausgeübt. Gesamthaft ergebe sich damit ein Arbeitspensum im Gesundheitsfall von 60 % (Urk. 9/70/3).

5.3.3 Die Beschwerdeführerin begründete ihren Standpunkt, wonach von einer 100%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall auszugehen sei, damit, dass ihre Kinder mittlerweile volljährig seien, weshalb sie zu 100 % arbeiten würde, wenn sie dazu in der Lage wäre (Urk. 1 Seite 4).

Dem ist entgegen zu halten, dass die Kinder, geboren 1980, 1981 und 1984, bei Eintritt des Gesundheitsschadens (April 2004) längst volljährig waren und somit einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin schon seit einiger Zeit nicht mehr im Wege gestanden wären. Gleichwohl war die Beschwerdeführerin in diesem Zeitpunkt (April 2004) nur zu ca. 60 % erwerbstätig, nämlich 16 Stunden pro Woche beim Hilfswerk M. ___, was bei einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 40 Stunden einem Pensum von 40 % entspricht (Urk. 9/26/2), und ca. 7,3 Stunden pro Woche beim Verein L. ___ (= Fr. 11'830.-- [2002] plus Fr. 11'655.-- [2003]: 2 : Fr. 35.-- pro Stunde : 46 Wochen [= 52 Wochen abzüglich 6 Wochen Ferien resp. Feiertage, Urk. 9/22/2 und Urk. 9/19/1]); das dortige Pensum betrug somit aufgerundet 20 % (7,3 Stunden : 40 Stunden/Woche). In den Jahren 2002 und 2003 war die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben zusätzlich während 3 bis 4 Stunden pro Woche (Urk. 9/70/2), das heisst mit einem Pensum von aufgerundet 10 % (= 3 bis 4 Stunden: 40 Stunden pro Woche), im Kinderhort N. ___ tätig gewesen. In diesen Jahren versah sie somit ein Pensum von ca. 70 %.

5.3.4 Unter diesen Umständen lässt sich die Qualifikation der Beschwerdeführerin als Vollerwerbstätige nicht rechtfertigen. Vielmehr liegt die - von

der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2008 (Urk. 8) getroffene - Annahme einer 75%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall nach dem Gesagten an der obersten Grenze des Vertretbaren.

E. 6

6.1.1. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin seit ca. 1995 unter rezidivierenden Rückenschmerzen leidet. 1996 war sie deshalb in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals Q. hospitalisiert (Urk. 9/20/7). Seit 1999 stand sie bei B. in Behandlung (Urk. 9/25/2). Auf deren Veranlassung wurden mitunter jährlich Physiotherapiezyklen durchgeführt (Urk. 9/52/17). Am 11. März 2002 kam es zu einer Progredienz der Schmerzen. Vom 13. März bis 12. April 2002 hielt sich die Beschwerdeführerin deshalb erneut stationär im Spital Q. auf (Urk. 9/20/7). Seit Januar 2004 traten zusätzlich rezidivierender Drehschwindel mit Schwindel, Schmerzen in der rechten Schulterregion sowie vereinzelt Spannungskopfschmerzen auf (Urk. 9/21/2). Am 23. Februar 2004 fand eine konsiliarische Untersuchung in der Schmerzprechstunde der Klinik S. statt (Urk. 9/23/4-6). Sodann wurde sie am 9. Juli 2004 im Rahmen der interdisziplinären Schmerzprechstunde des Spitals U. beurteilt (Urk. 9/25/10-14). Das dort am 5. Juli 2004 durchgeführte MRI der Brustwirbelsäule ergab eine Osteochondrose BWK 2/3 mit kugelig medialer Diskushernie bis zur ventralen Begrenzung des Myelons reichend, weder eine Myelonverlagerung noch eine Myelomalazie, einen freien retromedullären Raum und keine Grössenveränderung im Vergleich zur Voruntersuchung im Dezember 2003 (Urk. 9/25/11). Die Ärzte der interdisziplinären Schmerzprechstunde des Spitals U. empfahlen unter anderem eine stationäre Behandlung in der psychosomatischen Abteilung der Zürcher Klinik R. (Urk. 9/25/13), wo die Beschwerdeführerin in der Folge vom 12. August bis 21. September 2004 hospitalisiert war (Urk. 9/25/6-9). Seit dem 18. Januar 2005 steht sie in psychotherapeutischer Behandlung bei C. (Urk. 9/79).

E. 6.2

6.2.1. D. von der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals Q. diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 14. Januar 2005 ein lumbospondylogenes Syndrom rechts. In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin vom 13. Januar bis 20. April 2002 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 9/20/6). Ihre Arbeitsfähigkeit danach könne er nicht beurteilen. Die Prognose anschliessend an die Hospitalisation sei als günstig eingestuft worden (Urk. 9/20/7).

6.2.2. B. erhob in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 3./4. Februar 2005 (1) eine chronische Schmerzerkrankung mit invalidisierendem cervicothorakalem Schmerzsyndrom mit intermittierend cervicospondylogener Komponente und chronischem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom sowie (2) eine Angststörung und eine depressive Stimmung (Urk. 9/25/5). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei sich verschlechternd (Urk. 9/25/2). In der bisherigen Tätigkeit sei sie seit dem 27. April 2004 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/25/1). Es sei ihr keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 9/25/4).

6.2.3. Die Ärzte der Interdisziplinären Schmerzprechstunde des Spitals U. diagnostizierten in ihrem Bericht an B. vom 9. Juli 2004 (1) eine chronische Schmerzerkrankung (Erstmanifestation 1995) bei/mit derzeit im Vordergrund stehendem

invalidisierendem cervicothorakalem Schmerzsyndrom mit intermittierend cervicospondylogener Komponente links und chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom rechts, Fehlstatik des Achsenskelettes, Status nach Morbus Scheuermann und Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur, (CT der Lendenwirbelsäule L3 bis S1 vom 19. März 2002:) medialer Diskusprotrusion L4/5, fortgeschrittener Osteochondrose L5/S1, Spondylophyt von der Deckplatte SWK1 nach dorsal und rechts ziehend mit leichter Verlagerung der Wurzel S1, (MRI der Hals-, Brust- und oberen Lendenwirbelsäule sowie Schulter links vom 15. Dezember 2003:) Status nach Morbus Scheuermann, medianer Diskusprotrusion BWK2/3 mit Duralsackimpression bis Höhe ventrale Myelonbegrenzung und unverändertem Befund im Verlaufs-MRI vom 5. Juli 2004 sowie (2) eine anhaltende ängstliche Depression im Sinne einer Dysthymie und Erschöpfungssyndrom in schwerer psychosozialer Belastung (Urk. 9/25/12). Die Aussicht, dass die Beschwerdeführerin durch eine stationäre, multimodale Schmerzbehandlung wieder arbeitsfähig werde, erachteten sie als möglich. Es sollte ein erneuter Arbeitsversuch angestrebt werden. Aus rheumatologischer Sicht wäre eine mehrmonatige Rekonditionierung mittels eines Aquafits empfehlenswert (Urk. 9/25/13).

6.2.4.4 Im Bericht der Klinik R.____ an die Beschwerdegegnerin vom 3. Januar 2005 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei gleichen somatischen Diagnosen wie im Bericht des Spitals U.____ vom 9. Juli 2004 (Urk. 9/25/12) eine Angststörung und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) bei/mit psychosozialer Belastung multifaktoriell angeführt (Urk. 9/21/1). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig (Urk. 9/21/2). In der bisherigen Tätigkeit als Kinderbetreuerin sei sie vom 30. April bis 21. September 2004 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 9/21/1). Beim Austritt am 21. September 2004 habe eine Arbeitsunfähigkeit für mindestens weitere vier Wochen vorgelegen (Urk. 9/21/2). Ab 21. Oktober 2004 habe eine reduzierte Arbeitsfähigkeit von initial beispielsweise 30 % bestanden. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei sie zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 9/21/4).

6.2.5.4 E.____, FMH Innere Medizin, speziell Rheumatologie, von der Gemeinschaftspraxis V.____ diagnostizierte in seinem - im Auftrag der Pensionskasse der Beschwerdeführerin erstatteten - vertrauensärztlichen Gutachten vom 17. Januar 2005 eine posttraumatische Belastungsstörung mit Angsterkrankung und depressiven Störungen sowie eine chronische Schmerzerkrankung mit chronischem cervicothorakalem Schmerzsyndrom bei MR-dokumentierter umschriebener medianer Diskushernie auf Höhe Th7/8 und chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom bei CT-dokumentierter Spondylose L5/S1, Fehlstatik des Achsenskelettes und Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur (Differentialdiagnose: Verdacht auf Polymyalgia rheumatica), anamnestisch migräneforme Kopfschmerzen sowie einen Nikotinabusus (Urk. 9/27/4-5). Zusammenfassend bestehe eine prognostisch sehr ungünstige chronische Schmerzerkrankung, welche durch eine posttraumatische Belastungsstörung mit begleitenden Ängsten und depressiven Anteilen erschwert sei. Aufgrund des bisherigen Verlaufes sei nicht mit einer kurz- oder mittelfristigen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu rechnen (Urk. 9/27/5-6).

6.2.6.4 Im Gutachten des T.____ vom 3. Januar 2007 wurden unter dem Titel "Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" eine Anpassungsstörung mit Angst und

Depression gemischt (ICD-10 F43.22) mit/bei Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und unter dem Titel "Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" ein lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom links mit/bei Osteochondrose L5/S1, beginnender Chondrose L4/5 und Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur, ein tendomyotisches cervicospondylogenes Syndrom links ohne nachweisbares pathologisch-anatomisches Korrelat, eine chronisch venöse Insuffizienz beidseits sowie ein Nikotinabusus erhoben (Urk. 9/52/16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus somatisch-medizinischer Sicht bestehe im angestammten Beruf als Kleinkindererzieherin keine Arbeitsunfähigkeit. Eine solche lasse sich allenfalls begründen für eine mindestens mittelschwere Tätigkeit mit repetitivem Heben von Lasten über 8 Kilogramm, einzeln über 15 Kilogramm, was im vorliegenden Fall nicht zur Diskussion stehe (Urk. 9/52/18). Die psychiatrische gutachterliche Abklärung habe mehrfache belastende Momente aufgezeigt, welche geeignet seien, die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22) zu begründen. Komorbid dazu finden sich Symptome, welche die Verdachtsdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Sinne von ICD-10 F45.4 erhärten könnten. Letztere sei isoliert nicht arbeitsrelevant. Hingegen führe die derzeitige Anpassungsstörung mit Angst und Depression zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Diese Feststellung sei temporär, denn es bestünden therapeutische Möglichkeiten zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/52/18-19). Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde weise die Beschwerdeführerin aktuell rein aus psychiatrischen Gründen eine häufige Arbeitsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf als Spielgruppenleiterin auf. Aus somatisch-medizinischer Sicht sei ihr die Ausübung der genannten Tätigkeit vollschichtig (und nicht nur zu 60 %) zumutbar (Urk. 9/52/19).

6.2.7 Ä Ä Die Abklärungsperson kam im Abklärungsbericht vom 27. Juni 2007 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt zu 13 % invalid ist (Urk. 9/70/7).

6.2.8 Ä Ä In den Akten liegt im Weiteren der - nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. März 2008 (Urk. 2) erstattete - Bericht von C. ___ an die Beschwerdegegnerin vom 13. April 2008 (Urk. 9/79). Sie diagnostizierte darin eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung mit cervicothorakalem Schmerzsyndrom mit intermittierend cervicospondylogener Komponente links und chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom rechts, je bestehend seit 1995 (Urk. 9/79/2). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär (Urk. 9/79/4). Sie sei sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit seit dem 18. Januar 2005 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/79/6).

E. 6.3

6.3.1 Ä Ä Das Gutachten des T. ___ vom 3. Januar 2007 (Urk. 9/52) basiert auf umfassenden Untersuchungen (orthopädisch/chirurgisch, rheumatologisch und psychiatrisch) und wurde in Kenntnis der Vorakten verfasst. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt.

6.3.2 Ä Ä Die Beschwerdeführerin brachte dagegen, wie erwähnt, zunächst vor, es sei ihr im Zusammenhang mit den begutachtenden Personen das rechtliche Gehör nicht gewährt worden. Dies führe nach der Rechtsprechung zur Unverwertbarkeit des

Gutachtens (Urk. 1 Seite 13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 44 ATSG gibt der Versicherungsträger, wenn er zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen muss, der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In BGE 132 V 376 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht erkannt, die Mitwirkungsrechte gemäss dieser Bestimmung seien auch dann zu wahren, wenn eine Medizinische Abklärungsstelle mit der Begutachtung beauftragt werde. Es führte dazu mitunter aus: "Die Bekanntgabe der Namen dient dem Ziel, das Abklärungsverfahren der Sozialversicherer derart zu vereinheitlichen, dass dieses nicht im Nachhinein wegen formeller Mängel in Zweifel gezogen und das Gutachten nachträglich wegen gesetzlicher Ausstands- und Ablehnungsgründe in der Person des Gutachters als beweisuntauglich erklärt werden muss. (...) Aus verfahrensökonomischen Gründen ist es daher angebracht, über den Ausstand möglichst vorab und nicht erst zusammen mit dem Entscheid in der Sache zu befinden".

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die in Art. 44 ATSG statuierte Pflicht der IV-Stelle, der versicherten Person die Namen der begutachtenden Ärzte vorgängig bekannt zu geben, dient also der Prozessökonomie, indem die versicherte Person ihre Mitwirkungsrechte rechtzeitig, vor Erstellen des Gutachtens, wahrnehmen kann, und nicht erst nachträglich allfällige Ablehnungsgründe geltend machen muss. Sie stellt aber keine unabdingbare Voraussetzung für die Gültigkeit eines Gutachtens dar. Eine solche liegt lediglich in der Tatsache, dass gegen die begutachtenden Ärzte keine Ausstands- oder Ablehnungsgründe vorliegen dürfen. Da die Beschwerdeführerin keinerlei Ausstands- oder Ablehnungsgründe vorbringt, kann sie aus der allfälligen Verletzung ihrer Mitwirkungsrechte nicht ableiten, das Gutachten des T.____ vom 3. Januar 2007 sei nicht verwertbar.

6.3.3Ä Ä Auch der Einwand der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der fehlenden neutralen Übersetzerin anlässlich der Begutachtung im T.____ (Urk. 1 Seiten 11-13) ist nicht geeignet, die Aussagekraft und damit die beweismässige Verwertbarkeit des T.____-Gutachtens zu schmälern. Wenn die Antipathie, die zwischen ihr und der vom T.____ beigezogenen Übersetzerin, Frau W.____, tatsächlich so gravierend wäre, wie sie geltend machte, ist nämlich nicht ersichtlich, weshalb sie dies nicht an Ort und Stelle vorgebracht hat. Von ihren sprachlichen Fähigkeiten her wäre sie dazu sicherlich in der Lage gewesen. Zwar gab F.____, FMH Rheumatologie, vom T.____ an, die Verstärkung auf Hochdeutsch sei erswert (Urk. 9/52/23). G.____, FMH Chirurgie, vom T.____ bemerkte hingegen, die Beschwerdeführerin verfüge über gute mündliche Deutschkenntnisse (Urk. 9/52/7). Sodann stellte insbesondere auch H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom T.____ fest, dass die Beschwerdeführerin immer wieder Fragen gut zu verstehen scheine und dann auch in Deutsch antworte (Urk. 9/52/28).

6.3.4Ä Ä Der im Gesamtgutachten vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht liegen im Wesentlichen die Feststellungen von F.____ im Bericht der rheumatologischen Untersuchungsbefunde vom 27. September 2006 (Urk. 9/52/22-25) zugrunde. Dieser legte nachvollziehbar dar, dass und weshalb die Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus rheumatologischer Sicht nicht vollständig erklärt werden können. Er weist darauf hin, dass das

cervicobrachiale Syndrom links im Vordergrund stehe. Für dieses ergebe sich jedoch aus somatischer Sicht keine befriedigende Erklärung. In der Untersuchung fanden sich vorwiegend Tendomyosen. Sonst sei die Untersuchung kaum verwertbar bei sofortigem aktivem Gegenhalten bei der Bewegungsprüfung der Halswirbelsäule. Die Kraftprüfung sei bei diffuser Schwäche im rechten Arm ebenfalls nicht verwertbar. Radiologisch sei der Befund auf den aktuellen Bildern der Halswirbelsäule normal, ein frühes MRI der Halswirbelsäule werde ebenfalls als nicht pathologisch beschrieben. Insgesamt könnten die Beschwerden somatisch nicht ausreichend erklärt werden, und er finde keine Hinweise auf eine strukturelle Pathologie an der Halswirbelsäule oder am linken Schultergelenk. Zweifellos bestehe eine inadäquate Schonhaltung und allenfalls während der heutigen Untersuchung auch eine gewisse Demonstrationstendenz (Urk. 9/52/24). Die Lumboischialgien, welche 1995 erstmals und damals im rechten Bein aufgetreten und die heute eher links verstärkt seien, könnten hingegen mit der Osteochondrose L5/S1 zumindest zum Teil erklärt werden. Etwas diskrepant erscheine hier die Anamnese mit Schilderung von nur intermittierenden, belastungsabhängigen Lumbalgien und Ischialgien und demgegenüber der klinische Untersuchungsbefund mit jetzt ausgeprägter Schmerzhaftigkeit nicht nur bei der Untersuchung der Lendenwirbelsäule, sondern auch bei Innenrotation und Flexion im Hüftgelenk mit Schmerzprojektion in die lumbale Wirbelsäule (Urk. 9/52/24-25). Aus somatischer Sicht sei die Lendenwirbelsäule sicher vermindert belastbar, weshalb körperlich schwere Arbeiten und Arbeiten in länger dauernden Zwangshaltungen nicht mehr in Frage kämen. Hingegen sehe er aus rein somatischer Sicht für eine adaptierte, körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 8 Kilogramm bzw. Einzellasten über 15 Kilogramm keine rentenrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/52/25).

Die Beurteilung steht mit den von F.____ erhobenen klinischen Untersuchungsbefunden (Urk. 9/52/23-24), den von G.____ vom T.____ erhobenen internistischen und neurologischen Untersuchungsbefunden (Urk. 9/52/7-9) sowie den Ergebnissen der Röntgenuntersuchungen im T.____ vom 22. September 2006 (Urk. 9/52/24) in Einklang. Die Ärzte des Spitals U.____ sowie der Klinik R.____ hatten in ihren Berichten an B.____ vom 9. Juli 2004 (Urk. 9/25/10-14) resp. an die Beschwerdeführerin vom 3. Januar 2005 (Urk. 9/21/2, vgl. Austrittsbericht vom 24. September 2004 [Urk. 9/25/9]) im Wesentlichen die gleichen objektiven somatischen Befunde erhoben wie F.____. Insbesondere hatten sich im MRI vom 5. Juli 2004, welches am Spital U.____ durchgeführt worden war, keine Zeichen einer radikulären oder medullären Kompression gefunden (Urk. 9/25/11). Sodann hatten sie ebenfalls eine Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur festgestellt (Urk. 9/25/6, Urk. 9/25/11; vgl. Urk. 9/52/8).

Die von F.____ vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht trägt den objektiven Befunden angemessen Rechnung und erscheint daher überzeugend. Sie wurde denn im Rahmen des Gesamtgutachtens vom 3. Januar 2007 auch übernommen (Urk. 9/52/18).

6.3.5 Der im Gesamtgutachten enthaltenen weiteren Feststellung, wonach aus somatisch-medizinischer Sicht im von der Beschwerdeführerin ausgeübten Beruf als Kleinkindererzieherin resp. Spielgruppenleiterin keine Arbeitsunfähigkeit bestehe, kann hingegen nicht gefolgt werden. Gemäss den Angaben des Hilfswerk M.____ im "Fragebogen für den Arbeitgeber" vom 9. Februar 2005 (Urk. 9/26/4) hatte die

Beschwerdeführerin dort als Kinderbetreuerin nämlich manchmal bis oft mittelschwere Lasten (10 bis 25 Kilogramm) zu heben und zu tragen. Auch der Verein L. ___ führte im "Fragebogen für den Arbeitgeber" vom 24. Januar 2005 (Urk. 9/22/4) an, die Beschwerdeführerin habe oft Lasten bis zu 10 Kilogramm und selten bis zu 25 Kilogramm heben und tragen müssen. Ob tatsächlich eine berufsmässige Kinderbetreuerin stets in der Lage sein muss, körperlich schwerere Arbeiten zu verrichten, mithin diese nicht umgehen kann, ist fraglich, kann aber im Hinblick auf den Ausgang des Verfahrens (s. Erw. 7) offen bleiben.

6.3.6.1 Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht basiert auf den Feststellungen von H. ___ in ihrem Bericht der psychiatrischen Untersuchungsbeurteilung vom 27. September 2006 (Urk. 9/52/26-30). Unter dem Titel "Diagnose und Beurteilung" führte sie mitunter aus, es bestehe heute eine Symptomatik, die durchaus typische Merkmale enthalte, wie sie im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung zu sehen seien, wobei die Diagnosekriterien einer solchen aber nicht vollständig erfüllt seien. Ebenso seien Nachhallerinnerungen oder Flashbacks nicht zu eruieren, und der zeitliche Ablauf der Symptomatik sei mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht vereinbar. Klar seien aber Symptome wie Alpträume, Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die die Erinnerung an das Trauma wach riefen, Angst, Panik und Aggression sowie das Gefühl vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermässiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. In typischer Weise seien Symptome vorhanden wie Angst und Depression, sodass aus heutiger Sicht die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression (ICD-10 F43.22) gestellt werden müsse. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die körperlichen Beschwerden aufgrund der somatischen Befunde nicht vollständig zu erklären seien, bestehe darüber hinaus die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einer sehr häufig zu beobachtenden Komorbidität. Aus heutiger Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig, wobei die therapeutischen Möglichkeiten in keiner Weise ausgeschöpft seien. Unter einer Intensivierung der therapeutischen Möglichkeiten sei durchaus mit einer Verbesserung der Beschwerden zu rechnen. Es werde eine Wiederbeurteilung in circa einem Jahr nach Einleitung therapeutischer Massnahmen empfohlen (Urk. 9/52/29-30).

Die von H. ___ vorgenommene Beurteilung vermag nicht zu überzeugen, und zwar aus folgenden Gründen:

Zum einen handelt es sich beim von ihr erhobenen "psychopathologischen Befund" (Urk. 9/52/28) im Wesentlichen um eine Wiedergabe der Angaben der Beschwerdeführerin. Einen eigentlichen - objektiven - Psychostatus, welcher es erlauben würde, die von ihr vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit präzisierend nachzuvollziehen, hat sie nicht erhoben. Zu ihrer Diagnose nach ICD-10 F43.22 ("Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt") ist sodann zu bemerken, dass eine solche dann gestellt wird, wenn sowohl Angst als auch depressive Symptome vorhanden sind, aber nicht stärker ausgeprägt als bei "Angst und depressive Störung gemischt" (ICD-10 F41.2) oder bei einer "anderen gemischten Angststörung" (ICD-10 F41.3 [vgl. WHO, Internationale Klassifikation psychischer Krankheiten, ICD-10 Kapitel V [F], 5. Auflage, Bern 2005, Seiten 162, 163 und 172]). Dementsprechend ist die Diagnose einer Anpassungsstörung rechtsprechungsgemäss ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was

Überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 28. Juli 2008 in Sachen G., Erw. 3.3.2, mit Hinweisen). Die von H.____ erhobene bloss Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) vermag sodann von vornherein keine relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Die von H.____ gestellten Diagnosen lassen somit nicht auf eine ausgeprägte, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin massgeblich beeinträchtigende psychische Problematik schliessen.

Die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung betrachtete H.____ - im Gegensatz zu den Ärzten der Klinik R.____ sowie zu C.____ (Urk. 9/21/1 und Urk. 9/79/2) - als nicht vollumfänglich erfüllt. Dazu ist zu bemerken, dass eine posttraumatische Belastungsstörung in der Tat nur dann diagnostiziert werden soll, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Erlebnis von ausserordentlicher Schwere aufgetreten ist (vgl. WHO, Internationale Klassifikation psychischer Krankheiten, ICD-10 Kapitel V [F], 5. Auflage, Bern 2005, Seite 170).

Gleichwohl stellt sich die Frage, ob H.____ mit ihren Diagnosen und Befunden die bei der Beschwerdeführerin bestehende psychische Problematik in ihrem ganzen Ausmass erfasst hat. Unterzieht man die vorliegenden Arztberichte einer eingehenden Betrachtung, fällt nämlich auf, dass sie gegenüber den Ärzten sowohl ihre körperlichen als auch ihre psychischen Beschwerden im Laufe der Jahre immer dramatischer schilderte. In Bezug auf die körperlichen tat sie dies, obwohl die objektiven Befunde zumindest seit 2004 im Wesentlichen unverändert blieben (Urk. 9/25/12, Urk. 9/52/10-11). F.____ vom T.____ wies denn in seinem Bericht der rheumatologischen Untersuchungsbefunde vom 27. September 2006 auch ausdrücklich darauf hin, dass bezogen auf die Lumboischialgien die anamnestische Schilderung der Beschwerden und der von ihm erhobene klinische Untersuchungsbefund mit jetzt ausgeprägter Schmerzhaftigkeit etwas diskrepant erscheine (Urk. 9/52/25). Hinsichtlich der cervicobrachialen Schmerzen bemerkte er ausserdem nebst einer inadäquaten Schonhaltung auch eine gewisse Demonstrationstendenz (Urk. 9/52/24). Wird eine Diskrepanz zwischen den geklagten und den demonstrierten Beschwerden festgestellt, so stellt sich die Frage, ob und inwieweit die geklagten Beschwerden bewusst oder bewusstseinsnah zur Durchsetzung eigener Wünsche (zum Beispiel nach Versorgung, Zuwendung oder Entlastung von unangenehmen Pflichten) gegenüber Dritten eingesetzt werden ("sekundärer Krankheitsgewinn") und damit letztlich willentlich zu überwinden wären oder ob die "Schmerzkrankheit" den Lebensablauf und die Lebensplanung soweit übernommen hat, dass eine Überwindbarkeit - willentlich und/oder durch Therapie - nicht mehr möglich erscheint (vgl. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF] zur "Begutachtung von Schmerzen", AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/102, Seite 10, abrufbar im Internet unter <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF> ; vgl. Erwägung 3.1). Damit hat sich H.____ in keiner Weise auseinandergesetzt.

In psychischer Hinsicht war im Bericht des Schmerzzentrums der Klinik S.____ vom 25. Februar 2004 noch festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin während der dortigen Untersuchung ein sehr adäquates Verhalten und (anamnestisch und in der Präsentation) eine absolut adäquate Stimmungslage einschliesslich sehr gut mitschwingender Affektivität (so auch bei der

Beschwerdeschilderung) gezeigt habe (Urk. 9/23/4). Die Stimmungslage weise mehr auf Betroffenheit und Sorge bezügl. Zukunft als auf eine Depressivität hin (Urk. 9/23/6). Gemäss den Angaben im Bericht der interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Spitals U.____ vom 9. Juli 2004 hat die Beschwerdeführerin als Gründe für die damalige Krankheitssituation mitunter das schockierende Erlebnis bei ihrer Ankunft in die Schweiz im Jahre 1991 - sie traf ihren Ehemann, der ohne ihr Wissen unter Chemotherapie stand, ohne Haare am Flughafen an-, die Sorge um seinen Gesundheitszustand sowie das Gefühl, durch die anhaltende Schmerzstörung als Mutter insuffizient zu sein, angeführt (Urk. 9/25/12). Gegenüber den Ärzten der Klinik R.____, in welcher sie sich vom 12. August bis 21. September 2004 aufgehalten hatte, erwähnte sie erstmals eigene Foltertraumata; es traten Flashbacks und Alpträume auf (Urk. 9/25/7). Anlässlich des Erstgesprächs bei C.____ im Januar 2005 brachte sie gemäss deren Angaben vor, sie leide seit 14 Jahren unter Schmerzen und seit 2004 zusätzlich unter Schwindel, Übelkeit sowie Ängsten, welche plötzlich auftraten und von Herzklopfen, Schwitzen und Atemnot begleitet würden. Gleichzeitig berichtete sie über Flashbacks, die vor allem auch im Badezimmer vorkämen; plötzlich sehe sie die Polizei ins Bad strömen, sie sei dabei nackt und wehrlos, gefangen in ihren Ängsten. Sie könne ihr Haus nicht verlassen, da sie überzeugt sei, verfolgt zu werden. Auch sehe sie abends Ratten im Zimmer herumlaufen, weshalb sie nicht schlafen oder nachts aufstehen könne (Urk. 9/79/7). Bei der psychiatrischen Exploration im T.____ im September 2006 beklagte sie überdies, sie sei misstrauisch gegenüber allen Leuten und fühle sich durch die weiter bestehende politische Aktivität ihres Ehemannes real bedroht. Der Schlaf sei massiv gestört aufgrund von Alpträumen, wo sie sich selber an einem Strick aufgehängt sehe, alles sei voll Blut, und sie sehe auch, wie die Kinder umgebracht würden, wobei dies kein Wiedererleben real erlebter Situationen sei. Auch nässe sie nachts im Rahmen dieser Alpträume oft ein, wache dann im eigenen Urin auf, dies alle ein bis zwei Wochen. Sie habe massive Platzangst. Beim Duschen kämen Erinnerungen hoch, wie sie im Gefängnis mit kaltem Wasser abgespritzt worden sei, damit sie Informationen über ihren verschwundenen Ehemann liefere (Urk. 9/52/28).

Im Widerspruch zur immer dramatischeren Schilderung der psychischen Symptomatik steht, dass sich gemäss den Angaben von C.____ in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 13. April 2008 unter neuroleptischer Medikation eine Remission der optischen Halluzinationen und der paranoiden Verfolgungsideen zu Hause gezeigt hat und unter der zusätzlichen Behandlung mit Sertralin die Ängste, vor allem die Panikattacken, fast vollständig zurückgegangen sind (Urk. 9/79/8). Sodann spricht auch die Intensität der bislang von der Beschwerdeführerin in Anspruch genommenen psychiatrischen Behandlung - nach ihren Angaben gegenüber den Ärzten des T.____ finden alle zwei Wochen (Urk. 9/52/7), laut den Angaben ihres Vertreters ein- bis zweimal pro Monat (Urk. 1 Seite 9) Therapiesitzungen bei C.____ statt - gegen die geklagte Schwere der psychischen Störung.

In Bezug auf die geltend gemachten psychischen Beschwerden bestehen somit ebenfalls etwelche Ungereimtheiten, mit welchen sich H.____ hätte auseinandersetzen müssen.

6.3.7 Auf die - im Rahmen des Gesamtgutachtens des T.____ vom 3. Januar 2007 übernommene - Einschätzung von H.____ kann deshalb nicht abgestellt werden.

6.4 Die übrigen Arztberichte stellen ebenfalls keine zuverlässige Grundlage zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dar. Dies gilt insbesondere auch für den Bericht von C. ___ vom 13. April 2008 (Urk. 9/79), zumal nach der Rechtsprechung Berichte der behandelnden Ärzte auf Grund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten grundsätzlich mit Vorbehalt zu wärdigen sind (BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc S. 353). Dies gilt namentlich für die therapeutisch tätige Psychiaterin mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis zur Patientin, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (Urteil vom 20. März 2006 (I 655/05 Erw. 5.4). Es entsteht denn auch der Eindruck, dass C. ___ bei ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgeblich auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt hat, ohne diese sowie ihr Verhalten kritisch zu hinterfragen. Ihre Feststellung, wonach die psychischen Störungen seit 1995 bestehen, lässt sich mit den übrigen ärztlichen Angaben jedenfalls nicht in Einklang bringen. Nicht nachvollziehbar ist sodann auch, dass sie der Beschwerdeführerin seit Beginn der Behandlung im Januar 2005 für jegliche Tätigkeit durchwegs eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, obwohl sich gemäss ihren eigenen Angaben der psychische Gesundheitszustand im Verlaufe der Therapie verbessert hat (Urk. 9/79/8).

Die Ärzte der Klinik R. ___, B. ___ sowie E. ___ legten ihren Einschätzungen jeweils den (somatischen und psychischen) Gesamtbefund zugrunde (Urk. 9/21, Urk. 9/25/1-6 und Urk. 9/27). Zur Frage, wie sich die psychischen Störungen der Beschwerdeführerin im Einzelnen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, äusserten sie sich nicht.

6.5 Es ergibt sich somit, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht abschliessend beurteilen lassen.

7. Demnach kann anhand der vorliegenden medizinischen Akten, namentlich aufgrund des insoweit überzeugenden Gutachtens des T. ___ vom 3. Januar 2007 (Urk. 9/52), ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 8 Kilogramm bzw. Einzellasten über 15 Kilogramm eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. In psychischer Hinsicht erweist sich der medizinische Sachverhalt hingegen als ergänzungsbedürftig. Die Sache ist daher zur gründlichen neutralen psychiatrischen Oberbegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der Gutachter soll von der Zürcher Klinik R. ___, von B. ___ sowie von C. ___ die komplette Krankengeschichte beiziehen. Danach soll er sich in vertiefter Auseinandersetzung damit sowie den Vorakten, insbesondere auch mit dem Bericht von H. ___ vom T. ___ betreffend die psychiatrischen Untersuchungsbefunde vom 27. September 2006 (Urk. 9/52/26-30), zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer den somatischen Beschwerden angepassten Tätigkeit seit April 2004 äussern. Insbesondere soll er klare Befunde und - den rechtsprechungsgemässen Kriterien (BGE 131 V 50 Erw. 1.2) genügende - Diagnosen erheben. Dabei soll er auch die in den letzten Jahren immer dramatischere Darstellung der Schmerzen und Beschwerden berücksichtigen resp. allenfalls in einen psychiatrischen Kontext einreihen. Im Weiteren soll er dartun, ob und gegebenenfalls in welchen psychischen Funktionen die Beschwerdeführerin seit April 2004 eingeschränkt ist und welche psychischen

Funktionen in welchem Ausmass seither noch intakt sind. Schliesslich soll er sich auch darüber aussprechen, ob die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch medizinische Massnahmen verbessert werden kann und ob es ihr zumutbar ist, sich einer geeigneten (intensiven) Therapie, allenfalls auch in einem stationären Rahmen, zu unterziehen. Nach diesen Abklärungen hat die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab April 2005 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) neu zu verfahren, unter Berücksichtigung der Erwägungen unter Ziffer 5.3.4 (Status) und Ziffer 6.3.5 (fragliche Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

8. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da es vorliegend um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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). Die Kosten in der Höhe von Fr. 1'000.-- sind daher der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

9. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann ist die Beschwerdegegnerin ausgangsgemäss zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu bezahlen. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verurteilung vom 18. März 2008 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab April 2005 neu verurteilt.

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

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Pensionskasse K.____

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.