

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).

2.4 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze 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 prüfend 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.).

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

2.6 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 Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

3.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruht. Der auf einem Invaliditätsgrad von 53 % beruhende Rentenanspruch der Beschwerdeführerin wurde letztmals mit Mitteilung vom 13. September 2001 (Urk. 7/61) bestätigt. Dieser Mitteilung lag jedoch einzig der Bericht von Dr. F. ___ vom 13. Juli 2001 (Urk. 7/59) zugrunde, welcher seit jeher der Beschwerdeführerin eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte (Urk. 7/9), und welcher in seinem Bericht vom 13. Juli 2001 praktisch keine eigenen Befunde erhoben, sondern vielmehr die von der Beschwerdeführerin geklagten Einschränkungen und ihre private Situation geschildert und sich zudem zu der ihm unverstärkend scheinenden Invaliditätsbemessung geäußert hatte. Von einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung bei diesem Revisionsverfahren kann somit nicht gesprochen werden. Als zeitlicher Referenzpunkt sind deshalb die anspruchsbegründende Verfügung vom 8. Oktober 1999 (Urk. 7/57/1) bzw. die dieser Verfügung zugrunde liegenden medizinischen Abklärungen heranzuziehen. Zu prüfen ist somit, ob sich seit 8. Oktober 1999, womit der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 53 % ab 1. Mai 1999 eine halbe Invalidenrente zugesprochen worden war (Urk. 7/33), der Gesundheitszustand und/oder dessen Auswirkungen auf ihre Tätigkeit derart verschlechtert haben, dass ihr ab 1. Oktober 2006 eine ganze Invalidenrente zustehen würde.

3.2.1.1.1 Die Verfügung vom 8. Oktober 1999 (Urk. 7/57/1) basiert im Wesentlichen auf dem damals im Namen der H. ___ erstellten Gutachten der Rheuma- und Rehabilitationsklinik C. ___ vom 10. März 1999 (Urk. 7/46, Feststellungsblatt vom 28. Mai 1999, Urk. 7/53). Dort gab die Beschwerdeführerin an, Schmerzen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule (HWS und BWS) mit einem gewissen Steifigkeitsgefühl am Morgen zu haben und an Beschwerden beim Aufstehen, bei Ermüdung und beim Sitzen zu leiden. Ebenso im Bereich der Hände und Füße bestehe Morgensteifigkeit. Kaltes Wasser verschaffe dabei Linderung. In Ruhe, bei Bewegung, aber auch unter Belastung, komme es zur Exazerbation der Schmerzen. Des Weiteren beschrieb sie eine allgemeine Müdigkeit. Kopfschmerzen würden ständig bestehen, insbesondere im Bereich des Nackens. Ebenso beständen ein Druckgefühl thorakal und ein leichter trockener Husten. Auch berichtete sie von einer allgemeinen Pruritis (Urk. 7/46/13).

3.2.1.1.2 Dem Gutachter präsentierte sich eine Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand. Die Muskulatur war indolent und unauffällig. Klinisch zeigte sich eine bei Seitenneigung nach links um einen Drittel, bei maximaler Flexion und Extension beidseits zu je einem Drittel eingeschränkte HWS. Endphasenschmerzen waren auslösbar bei maximaler Rotation beidseits in Neutrallage sowie bei maximaler Extension. Die BWS und Lendenwirbelsäule (LWS) waren in alle Bewegungsrichtungen frei beweglich. 14 von 18 fibromyalgietytische Druckpunkte waren positiv. Bei den

peripheren Gelenken zeigte sich eine freie, ungehinderte Beweglichkeit der Schultern, Ellenbogen und Handgelenke. Beidseits war ein diskreter Volarflexionsschmerz vorhanden, jedoch ohne Einschränkung der Volarflexion. Zudem fanden sich fraglich positive Gännslen-Zeichen beidseits. Gebetsgriff und Fingerkuppen-Palmar-Abstand beidseits waren normal (0 cm). Die peripheren Gelenke der unteren Extremitäten präsentierten sich symmetrisch und intakt, es fand sich lediglich ein leichtes femoropatellares Reiben beidseits. Sowohl im Bereich der oberen als auch der unteren Extremitäten liessen sich keine synovitischen Schwellungen nachweisen. Der Neurostatus ergab keine Pathologien, die Laborwerte waren normal (Urk. 7/46/14-15). Zusammen mit den Befunden aus den zahlreichen bildgebenden Untersuchungen, welche von den vorangehenden Ärzten erhoben worden waren, kam der Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin an einem Fibromyalgiesyndrom sowie einer Hydroxylapatiterkrankung im Bereich des linken Handgelenkes, aktuell nicht mehr relevant, leide. Entsprechend des psychiatrischen Gutachtens vom 4. September 1995 der Psychiatrischen Poliklinik des Z.____ (Urk. 7/33) wurde auch die Diagnose einer leichten Anpassungsstörung und Zwanghaftigkeit mit Fehlverarbeitung der Schmerzen übernommen. Im Vordergrund stehe eindeutig das Fibromyalgiesyndrom. Die intermittierend auftretenden Schmerzen, welche die Beschwerdeführerin seit gut einem Jahr beklage, seien ebenfalls im Rahmen des Fibromyalgiesyndroms zu sehen. Für dieses Syndrom sprechen nicht nur die Untersuchungsbefunde, sondern auch die Schilderungen der Beschwerdeführerin über Schlafstörungen, funktionelle Magen-/Darmbeschwerden und Kopfschmerzen. Diese Symptome seien auch im Rahmen des Fibromyalgiesyndroms zu sehen. In der körperlichen Untersuchung fand der Gutachter eine praktisch normale Beweglichkeit der LWS und keinerlei Anhaltspunkte für Druckdolenz, ausser den fibromyalgietyptischen Druckpunkten gluteal beidseits. Therapeutisch wurde eine Verbesserung der Kraft und Ausdauer als wichtig erachtet, womit die Beschwerdeführerin auf lange Sicht eine Linderung der Beschwerden versprechen sollte. Gleichzeitig wurde ein Erlernen von Coping-Strategien empfohlen. Für die Tätigkeit als Hausfrau sowie für eine leichte Arbeit mit Wechselbelastung und ohne repetitive monotone Arbeitsverläufe sei die Beschwerdeführerin auch ausserhalb des Haushalts sicher zu 50 % arbeitsfähig. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit lasse sich anhand der Anamnese und der wiederholten Abklärungen sowie der erhobenen Befunde nicht rechtfertigen. Die Lumbago und das Fibromyalgiesyndrom seien nicht als separate Erkrankungen aufzufassen. Zwar zeigten sich bei der Beschwerdeführerin die fibromyalgietyptischen glutealen Druckpunkte. Eine eigentliche wesentliche Einschränkung der LWS lasse sich jedoch nicht nachweisen, ebenso wenig liessen sich radiologisch Veränderungen der LWS nachweisen (Urk. 7/46/18-20).

3.3.3.3. Dem im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens eingeholten Bericht vom 27. März 2007 von Dr. F.____, bei welchem die Beschwerdeführerin seit mindestens knapp 20 Jahren in Behandlung steht, ist zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin permanent verschlechtere. So sei sie bei alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe von Dritten angewiesen. Sie sei nicht mehr in der Lage, den Haushalt selbständig zu erledigen. Auch das kleine Teilpensum als Reinigungshilfe, welches sie noch bis im Herbst 2003 erfüllt habe, könne sie nicht mehr leisten. Offenbar habe der Ehemann ihr schon lange dabei geholfen. Im letzten halben Jahr seit Sommer 2006 sei der Zustand nun aber deutlich schlechter geworden, welcher trotz Physiotherapie, antidepressiver Therapie mit Saroten und Schmerztherapie nicht zur

Besserung gekommen sei. Als Befund ergaben sich Schmerzpunkte über der BWS mit zum Teil radikulären Beschwerden im Bereich BWK 2-4 rechts, Druckdolenz parasternal und paravertebral. 18 von 18 Tenderpoints für die Diagnose einer Fibromyalgie seien positiv. Die Gelenke seien alle gut beweglich, die Kraft leicht reduziert. Ergänzende medizinische Abklärungen halte er nicht für notwendig. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit mindestens 80 % arbeitsunfähig, auch im Bereich des Haushalts (Urk. 7/80).

3.4 Die Beschwerdeführerin stützte sich bei ihrem Entscheid (Feststellungsblatt vom 2. Mai 2008, Urk. 7/94, Feststellungsblatt vom 8. August 2008, Urk. 7/101, und Verfügung vom 4. März 2009, Urk. 2) letztlich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. G. ___ vom 15. November 2007 (Urk. 7/91). Diesem präsentierte sich am 4. Juni 2007 eine Beschwerdeführerin von gedrungener Statur und adipöser Erscheinung. Gesamthaft wirke sie verbraucht, habe grobe Gesichtszüge, wirke ernst und verhalten eher dysphorisch, dann später im Verlauf der Untersuchung im Affekt wiederum deutlich aufgelockert, doch bleibe der Rapport über die ganze Exploration hinweg beeinträchtigt und das emotionale Erleben der Beschwerdeführerin insgesamt schwer einschätzbar. Ein Mienenspiel sei zwar vorhanden, jedoch sei die Variabilität des Ausdrucks eingeschränkt. Psychomotorisch sei sie hingegen weniger auffällig, nicht verlangsamt, doch in der verbalen Ausdrucksweise etwas hektisch. Die Variation der beobachtbaren Affekte sei beschränkt, ein freies Affektspiel fehle, denn die schiefe Anzahl der erkennbaren Emotionen im Ausdruck sei äusserst gering. Zunächst erwecke sie noch einen gegenteiligen Eindruck, doch das Mienenspiel sei deutlich eingeschränkt. Die Affekte schwankten bei aller Auslenkbarkeit nur zwischen Dysphorie und bitterer Ironie. Ihre Persönlichkeit als Mensch vermöge die Beschwerdeführerin nur schwer zu kennzeichnen. Sie könne wegen der Schmerzen nicht mehr viel machen. Eigentlich sei sie ein fröhlicher Mensch, wenn sie denn könnte und die Schmerzen nicht hätte. Ihr Gleichmut wirke oberflächlich wenn sie sage, sie sei nicht verstimmt. Sie sei fröhlich, sage sie ohne zu zögern, dann frage sie an: Wenn sie denn könnte. Und wenn sie dazu die Schmerzen nicht hätte. Sie müsse einfach vorwärts schauen, denn sonst komme es nur schlimmer, sage sie. Schliesslich - durch insistierendes Fragen - sei es doch noch gelungen, der Beschwerdeführerin noch etwas Genaueres zu entlocken: Sie lache einfach oft, um nicht weinen zu müssen, wenn sie andere fragten, was denn sei. Im Denken herrsche eine gewisse Dästerheit, die sie aber nach Möglichkeit zu überwinden versuche (Urk. 7/91/5). Die Stresstoleranz sei geringer als früher, auch sei sie ungeduldiger geworden, schnell angespannt, wenn sie keine Lösung habe, sie werde viel rascher unleidig als früher. Es gehe ihr schlecht, schon am Morgen sei sie müde und habe es schwer, überhaupt richtig wach zu werden. Sie schlafe schlecht wegen der Schmerzen. Subjektiv seien eine hochgradige Zerstreutheit und Vergesslichkeit zu beklagen. Eine psychiatrische Behandlung brauche sie nicht, beteuere sie, es komme schliesslich alles vom Rücken aus, von den Schmerzen, von der Fibromyalgie. Im Haushalt arbeite sie kaum mehr. Ihr Mann, die beiden Söhne und die Schwiegertochter würden im Haushalt helfen (Urk. 7/91/6). Ergänzt wurden die klinischen Befunde durch eine Fragebogenerhebung. Im Beck-Depressions-Inventar zeige sich eine mittelschwere depressive Verstimmung (Urk. 7/91/7). Als Diagnosen wurden letztlich eine mittelstarke, aber klinisch fassbare reaktive Depression F43.21 Schmerzverarbeitungsstörung, zahlreiche somatische Beschwerden, darunter eine Fibromyalgie, angegeben (Urk. 7/91/8). Zusammenfassend sei aus psychiatrischer Sicht nun auch in diesem Bereich eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

Krankheit, trage aber zur Zementierung der Situation bei. Man müsse davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin sich nicht einfach in allen Dingen ihres Verhaltens in der jetzigen Krankheitssituation umentscheiden könnte, wenn sie dies nur so wollte. Ein beträchtlicher Teil dieser Maschinerie laufe wohl bewusstseinsfern ab. In Abwägung all dieser Aspekte wurde damals eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von 20 % angenommen (Urk. 7/33/4-5).

E. 4

4.1 Das Gutachten von Dr. G. vermag nicht zu überzeugen. Als Diagnosen hält Dr. G. eine mittelstarke, aber klinisch fassbare, reaktive Depression F 43.21 Schmerzverarbeitungsstörung, zahlreiche somatische Beschwerden, darunter eine Fibromyalgie fest. Nebst dem, dass es nicht Aufgabe eines psychiatrischen Fachgutachters ist, Diagnosen ausserhalb seines Fachgebietes zu stellen, ist auch die psychiatrische Diagnose unklar. Die Codierung ICD-10 F43.2 bezieht sich auf Anpassungsstörungen, wobei F43.21 eine solche mit längerer depressiver Reaktion beschreibt, d.h. einen leichten depressiven Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als zwei Jahre dauert (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 6. Auflage, Bern 2008, S. 184 ff.). Zum einen wird somit eine solche Diagnose zwei Jahre nach Auftauchen der die Anpassungsstörung auslösenden Situation nicht mehr gestellt, zum anderen ist dabei von einem leichten depressiven Zustand die Rede. Dies widerspricht einerseits der Ansicht von Dr. G., wonach die Beschwerdeführerin an einer mittelschweren Depression leidet, andererseits wäre - in der Annahme, die von der Beschwerdeführerin seit Jahren geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien das lebensverändernde Moment im Sinne der Definition von Anpassungsstörungen nach ICD-10 F43.2 (Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 184 f.) - die Diagnose aufgrund eines Ablaufs von zwei Jahren nicht mehr zu stellen. Ohnehin wäre diese Diagnose für sich invalidenrechtlich irrelevant, da eine psychische Störung nur insofern invalidisierend wirkt, als nicht angenommen werden kann, dass sie mit einer zumutbaren Willensanstrengung zu überwinden ist. Auch dient das durchgeführte Beck-Depressionsinventar eher dazu, bei Patienten mit gesicherter Diagnose den Verlauf der Beschwerden zu erfassen, und nicht etwa dazu, die Diagnose zu stellen (Stevens/Fabra/Merten, Anleitung für die Erstellung psychiatrischer Gutachten, MED SACH 105 3/2009, S. 100). Zudem lassen verschiedene Aussagen von Dr. G. darauf schliessen (so etwa die zwar ausführlichen, doch sehr allgemein gehaltenen Ausführungen zu den psychosozialen Hintergründen von Schmerzstörungen und die Auswirkungen einer Depression, Urk. 7/91/9 und Urk. 7-91/11), dass er sich auch von psychosozialen und soziokulturellen Faktoren leiten liess. Das in der Medizin verbreitete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell ist weiter gefasst als der massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C_830/2007 E. 4.2; 2008 IV Nr. 6 S. 14, I 629/06 E. 5.4; 2007 IV Nr. 33 S. 117, I 738/05 E. 5.2; Urteil 9C_603/2009 vom 2. Februar 2010 E. 4.2). So erlaubt denn auch seine Bemerkung zum Schluss, dass die von ihm diagnostizierte mittelschwere Depression natürlich auch mit psychosozialen Faktoren in Beziehung stehe, kein zuverlässiges Abstellen auf seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Ohnehin ist seine Einschätzung dahingehend unklar, als er auch nicht seinem Fachgebiet entstammende Diagnosen mit einzubeziehen scheint, so wenn er angibt, dass die psychiatrischen Beeinträchtigungen zusammen mit den übrigen

Beeinträchtigungen hochgradig seien und für eine sogenannte behinderungsangepasste Tätigkeit, welcher meist jeder hilfreiche Stimuluscharakter fehle, 100 % betrage, im Haushalt die Leistungsfähigkeit umgekehrt jedoch unter 20 % liege. Diese Beurteilung ist nicht nachvollziehbar und wird denn auch nicht begründet. Aus psychiatrischer Sicht alleine liege die Arbeitsunfähigkeit in allen Bereichen - also auch im Haushalt - bei 60 %, was im Vergleich zur soeben zitierten Beurteilung einen offensichtlichen und nicht aufzulösenden Widerspruch darstellt.

Auffallend am Gutachten von Dr. G. ___ ist auch, dass unter dem Titel "Befunde" nicht nur klinische Befunde erhoben und erörtert, sondern über weite Teile die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wiedergegeben werden, ohne diese in einen medizinischen Kontext zu stellen und entsprechend zu wärdigen (Urk. 7/91/4-7). In seiner Beurteilung (Urk. 7/91/8-12) befasst sich Dr. G. ___ ausführlich mit dem Gutachten seines Kollegen Dr. I. ___ vom 4. September 1995 (Urk. 7/33), dessen damalige Schlussfolgerungen er überhaupt nicht zu teilen scheint und so zu einer anderen Wärdigung des damaligen Sachverhaltes gelangt, was jedoch die entscheidrelevante Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Sommer 2006 wesentlich verschlechtert hat, nicht beantwortet. Des weiteren entsteht der Eindruck, dass Dr. G. ___ die notwendige kritische Distanz zu den Angaben der Beschwerdeführerin nicht hergestellt hat, indem er sich z.B. dahingehend äussert, dass nun auch aus psychiatrischer Sicht Grund genug für eine höhergradige Berentung der Beschwerdeführerin vorliege (Urk. 7/91/12). Aber den Anspruch auf eine Rente, bzw. auf eine höhere Rente entscheidet jedoch nicht der Arzt oder die Ärztin, diese Beurteilung obliegt ausschliesslich der Beschwerdegegnerin und im Streitfall dem Gericht (zu den Aufgaben des Arztes siehe Erw. 2.3). Ebenso fehlt dem Gutachten eine Prognosebeurteilung im Sinne einer Verbesserungsfähigkeit durch zumutbare medizinische Massnahmen. Die Beschwerdeführerin ist weder in psychiatrisch-psychologischer Gesprächstherapie, noch nimmt sie entsprechende Medikamente ein, was ihr aber im Rahmen der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht grundsätzlich zumutbar wäre. Zusammenfassend kann somit für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf das Gutachten von Dr. G. ___ abgestellt werden.

4.2 Auch was das rheumatologische Beschwerdebild angeht, erweist sich der Sachverhalt als zu wenig abgeklärt, als dass er als Entscheidungsgrundlage dienen könnte. Dr. F. ___ gibt in seinem Bericht vom 27. März 2007 (Urk. 7/80/3-4) zwar an, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin permanent verschlechtere. Insbesondere seit Sommer 2006 sei eine deutliche Verschlechterung aufgetreten, jedoch führt er keine neuen Befunde an, welche einen entsprechenden Verlauf der Krankheit dokumentieren würden. Auch erwähnt er, dass sich die Beschwerdeführerin mitten in einer Therapiephase befinde, dessen Ergebnis aber noch nicht feststand.

4.3 Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese, nach Einholen der vollständigen Krankengeschichte bei Dr. F. ___, ein neutrales und aussagekräftiges interdisziplinäres Obergutachten mit den Disziplinen Psychiatrie und Rheumatologie erstellen lasse. Die Gutachter sollen sich in Auseinandersetzung und Wärdigung der Krankengeschichte und der Vorakten zum psychischen und somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Verlauf seit Juli 2006 (Anmerkung: von der Beschwerdeführerin angegebener Beginn der Verschlimmerung ihres Gesundheitszustandes, siehe Urk. 7/66/1

Ziff. 1.1) Äussern. Insbesondere sollen die Gutachter klare und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erheben. Im Weiteren sollen sie darlegen, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin in welchem Ausmass seit Juli 2006 noch zumutbar waren, beziehungsweise sind und welche nicht. Die vorliegende Verfügung vom 4. März 2009 ist demnach aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin hat nach Einholen der genannten Akten und nach Vorliegen des Obergutachtens über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu entscheiden. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 5

5.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) von Fr. 700.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

5.2 Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. 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), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

5.3 Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

5.4 In Anwendung dieser Kriterien ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'300.-- (inklusive Barauslagen und MWSt) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. März 2009 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 1'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 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 dem 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.