

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00290 vom 16. Juni 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-06-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00290](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00290)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00290 du 16 juin 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00290 del 16 giugno 2008

## Erwägungen

### E. 1

1.1. S. \_\_\_\_, geboren 1973, Mutter zweier Kinder, ist von Beruf angeleitete Coiffeuse (Urk. 11/1-2). Vom 1. Juni 2000 bis 28. Februar 2002 arbeitete sie als Mitarbeiterin Klappenantriebsmontage bei der A. \_\_\_\_ (Urk. 11/8). Am 5. September 2002 meldete sie sich erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich liess hierauf Auszüge aus den Individuellen Konten der Versicherten erstellen und zusammenrufen (IK-Auszug vom 25. September 2002, Urk. 11/4), erkundigte sich bei der ehemaligen Arbeitgeberin nach dem Arbeitsverhältnis (Arbeitgeberbericht vom 12. Dezember 2002, Urk. 11/8) und holte die Arztberichte von Dr. med. B. \_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 15. Oktober 2002 (Urk. 11/6/1-2; unter Beilage der Berichte von Dr. med. C. \_\_\_\_, FMH Neurologie, vom 9. Januar 2002 und 19. Juni 2002, Urk. 11/6/3-4), von Dr. C. \_\_\_\_ vom 15. April 2003 (Urk. 11/12/5; unter Beilage des Berichts von Dr. med. D. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Februar 2003, Urk. 11/12/6) sowie von Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie, vom 30. April 2003 (Urk. 11/13) ein. Ferner beauftragte sie Dr. med. F. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Begutachtung der Versicherten (Gutachten vom 12. Oktober 2003, Urk. 11/15). Mit Verfügung vom 9. Januar 2004 verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 11/17). Nachdem Dr. E. \_\_\_\_ für S. \_\_\_\_ mit Eingabe vom 26. Januar 2004 hiergegen Einsprache erhoben hatte (Urk. 11/21), veranlasste die IV-Stelle eine medizinische Begutachtung im G. \_\_\_\_, Medizinische Begutachtungsstelle, welches am 3. November 2004 erstattet wurde (Urk. 11/38), und klärte die Einschränkungen im Haushalt ab (Abklärungsbericht vom 7. Januar 2005, Urk. 11/40). Schliesslich sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Einspracheentscheid vom 20. September 2005 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40 % eine befristete Viertels-Invalidenrente für die Zeit vom 1. September 2002 bis 31. Juli 2003 samt Zusatzrenten für den Ehegatten und die Kinder zu (Urk. 11/49). Dieser Einspracheentscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

1.2. Am 6. Januar 2006 meldete sich S. \_\_\_\_ unter Hinweis auf eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/55-56) und reichte nach entsprechender Aufforderung durch die IV-Stelle (vgl. Urk. 11/60) den Arztbericht von Dr. B. \_\_\_\_ vom 21. Februar 2006 (Urk. 11/63), von Dr. E. \_\_\_\_ vom 24. Februar 2006 (Urk. 11/65) und der H. \_\_\_\_, Kopfwehzentrum, vom 7. März 2006 zu Händen von Dr. B. \_\_\_\_ (Urk. 11/67/1-3) und vom 15. Januar 2004 zu Händen von Dr. E. \_\_\_\_ (Urk. 11/67/4-5) sowie den Arztbericht von Dr. B. \_\_\_\_ vom 5. April 2006 (Urk. 11/69) ein. Mit Vorbescheid

vom 26. Juli 2006 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie gedenke, den Anspruch auf eine Invalidenrente zu verneinen (Urk. 11/74), und machte in einem separaten Schreiben desselben Datums auf die Schadenminderungspflicht aufmerksam (Urk. 11/73). Nachdem die Versicherte gegen den Vorbescheid am 14. September 2006 Einwände erhoben hatte (Urk. 11/82), verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 22. Januar 2007 (Urk. 2).

2. Gegen diese Verfügung erhob S.\_\_\_\_, vertreten durch Anwaltssubstitut Fabiano Marchica, Beschwerde und beantragte sinngemäss eine ganze Invalidenrente, eventuell eine Viertelsrente (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2007 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Hierauf wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 24. Mai 2007 als geschlossen erklärt (Urk. 12).

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 22. Januar 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2 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 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

kÄ¶nnnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festsustellen ist, ob und in welchem Umfang die Aus¼bung einer ErwerbstÄ¶tigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen BeeintrÄ¶chtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden f¼hrt also nur soweit zu einer ErwerbsunfÄ¶higkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der ArbeitsfÄ¶higkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.3Ä ¶ Ä ¶ GemÄ¶ss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.4Ä ¶ Ä ¶ Bei erwerbstÄ¶tigen Versicherten ist der InvaliditÄ¶tsgrad gemÄ¶ss 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 InvaliditÄ¶t und nach Durchf¼hrung der medizinischen Behandlung und allfÄ¶lliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare TÄ¶tigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kÄ¶nnnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen kÄ¶nnnte, wenn sie nicht invalid geworden wÄ¶re (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffermÄ¶ssig mÄ¶glichst genau ermittelt und einander gegen¼bergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der InvaliditÄ¶tsgrad bestimmen lÄ¶sst (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Bei nicht erwerbstÄ¶tigen Versicherten, welche im Aufgabenbereich tÄ¶tig sind und denen die Aufnahme einer ErwerbstÄ¶tigkeit nicht zugemutet werden kann, wird f¼r die Bemessung der InvaliditÄ¶t in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im Aufgabenbereich zu betÄ¶tigen (Art. 8 Abs. 3 ATSG; Art. 28 Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 27 Abs. 1 und 2 IVV, seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 bis IVG; spezifische Methode; BGE 130 V 99 Erw. 3.3.1, 104 V 136 Erw. 2a; AHI 1997 S, 291 Erw. 4a). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tÄ¶tigen Versicherten gelten insbesondere die Ä¶bliche TÄ¶tigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnÄ¶tzige und kÄ¶nstlerische TÄ¶tigkeiten (Art. 27 Abs. 2 IVV, seit 1. Januar 2004: Art. 27 IVV).

1.5Ä ¶ Ä ¶ Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstÄ¶tig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird f¼r diesen Teil die InvaliditÄ¶t nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tÄ¶tig, so wird die InvaliditÄ¶t f¼r diese TÄ¶tigkeit (seit 1. Januar 2004) nach Art. 28 Absatz 2 bis IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der ErwerbstÄ¶tigkeit beziehungsweise der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der TÄ¶tigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der InvaliditÄ¶tsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 27 bis Abs. 1 IVV, seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 ter IVG; gemischte Methode der InvaliditÄ¶tsbemessung).



2. Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 20. September 2005 (Urk. 11/49) entschieden hatte, dass die Beschwerdeführerin ab 1. August 2003 ohne Gesundheitsschaden zu 60 % erwerbstätig und zu 40 % im Haushalt tätig gewesen wäre. Dieser Einspracheentscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Da die Beschwerdeführerin nicht geltend macht, die Verhältnisse hätten sich bezüglich der Erwerbs- und Haushaltstätigkeit geändert, ist davon auszugehen, dass sie weiterhin zu 60 % erwerbstätig und zu 40 % im Haushalt tätig wäre.

### E. 3

3.1 Streitig ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Dabei steht fest, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschreibung der Beschwerdeführerin vom 6. Januar 2006 (Urk. 11/55-56) materiell eingetreten ist. Es gilt somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im massgeblichen Zeitraum zwischen dem letzten auf einer materiellen Prämie beruhenden Einspracheentscheid vom 20. September 2005 (Urk. 11/49), in welchem der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 40 % eine befristete Viertelsrente vom 1. September 2002 bis zum 31. Juli 2003 zugesprochen wurde (vgl. BGE 130 V 76 ff.), und der Verfügung vom 22. Januar 2007 (Urk. 2), welcher die zeitliche Grenze für den zu beurteilenden Sachverhalt bildet, in einer für den Anspruch auf eine Rente relevanten Weise verschlechtert hat.

3.2 Massgeblich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt des ursprünglichen Einspracheentscheids vom 20. September 2005 (Urk. 11/49) waren folgende Arztberichte (vgl. Feststellungsblatt vom 17. Januar 2005, Urk. 11/42):

3.2.1 Laut Arztbericht von Dr. B. vom 15. Oktober 2002 (Urk. 11/6/1-2) leidet die Beschwerdeführerin an chronischen Spannungskopfschmerzen mit Migräne. Es sei sehr schwierig, die Kopfschmerzen zu beheben. Es seien auch Akkupunktur, Physiotherapie u.s.w. versucht worden. Ausser der Kopfschmerzen bestünden keine anderen Einschränkungen auf die körperliche Aktivität. Es bestehe seit dem 17. Juli 2002 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.2.2 Im Überweisungsschreiben an Dr. D. vom 19. Juni 2002 (Urk. 11/6/3) teilte Dr. C. mit, mit den üblichen schulmedizinischen Massnahmen könne sie bei der Beschwerdeführerin keinen bleibenden Erfolg bei der Behandlung der chronischen Kopfschmerzen erzielen. Die Beschwerdeführerin betreibe einen Arzttourismus wegen der geringsten Symptome. So habe sie sich bereits bei einem Dermatologen und Venerologen wegen stechender Dysästhesien in den Waden angemeldet. Den Kopfschmerzkalender habe sie eher unzuverlässig geführt. Die Angaben bezüglich der Kopfschmerzen seien jeweils nur für die letzte "schreckliche" Episode zuverlässig. Detaillierte Auskünfte bezüglich der Phasen dazwischen seien nicht erhältlich. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass kein Medikament wirklich helfe.

Am 15. April 2003 berichtete Dr. C. (Urk. 11/12/5), sie habe chronifizierte Spannungstypkopfschmerzen mit migräniformer Komponente diagnostiziert. Die Kopfschmerzen hätten auf keinerlei Behandlungsversuche angesprochen, weshalb sie die Beschwerdeführerin an Dr. D. überwiesen habe. Dieser habe eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und eine weitere psychiatrische Therapie empfohlen, weswegen sich die Beschwerdeführerin im November 2002 an Dr.

E. \_\_\_ gewendet habe.

3.2.3.4.1. Der behandelnde Psychiater Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 30. April 2003 (Urk. 11/13) chronifizierende Spannungskopfschmerzen mit migräniformer Komponente sowie eine leichte depressive Episode mit Angst, beides seit 1. September 2001. Die Kopfschmerzen begannen im Nacken, stiegen über den Hinterkopf nach vorne und wurden von Erbrechen und Wärme im Körper begleitet. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Es bestanden keine Hinweise auf Störungen im mnestischen Bereich. Das formale Denken sei klar, es lägen keine Sinnestäuschungen vor. Im affektiven Bereich sei sie bedrückt, psychomotorisch unauffällig. Es bestehe eine leichte Suizidalität. Seit September 2001 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.2.4.1. Die Diagnosen im Gutachten von Dr. F. \_\_\_ vom 12. Oktober 2003 (Urk. 11/15) lauten wie folgt (Urk. 11/15 S. 8):

"Migräne (ICD Nr. G 43)

Verdacht auf abhängige, emotional labile Persönlichkeitsstörung (F 60.7)

Dysthymie mit Ängsten (F 34.1)".

Es müsse zwischen Ursache und Folgen der Migränekrankheit unterschieden werden: Es sei kein aktueller Konflikt um oder nach der Geburt des zweiten Kindes sichtbar, der eine psychogene Auslösung oder eine psychische Überlagerung der Migränekrankheit im Sinne einer Somatisierungsstörung annehmen lassen könne, nachdem die psychosozialen Verhältnisse bis dahin unauffällig gewesen seien. In den medizinischen Berichten werde auch nirgends ein solcher Zusammenhang vermutet. Hingegen sei es als Folge der schweren und häufigen Migräneanfälle zu psychischen Beschwerden, möglicherweise mit gegenseitiger Beeinflussung gekommen. Die anhaltende Schmerzbelastung habe zur Abnahme der Stresstoleranzgrenze, Ängsten und Depressionen geführt. Anlässlich habe die Beschwerdeführerin hypochondrisch reagiert, was sich aber nach medizinischen Abklärungen wieder gebessert habe. Der schwere, invalidisierende Verlauf der Migränekrankheit mit über mehrere Tage anhaltenden Anfällen habe bei der selbstunsicheren Persönlichkeit Zukunftsängste geweckt. Die emotionale Belastung für die ganze Familie, die Abhängigkeit vom Ehemann und von Betreuungspersonen sowie die Insuffizienz der Beschwerdeführerin als Mutter habe zu einem Verlust des Selbstvertrauens und zu Depressionen im Sinne einer Dysthymie, das heisse eines schwankenden depressiven Zustandes mit Bedrücktheit, Weinen, Schlafstörungen und zeitweiligem Lebensüberdruß geführt. Diese psychische Symptomatik hänge eindeutig vom Verlauf der Schmerzzustände ab und habe gemäss dem behandelnden Psychiater wie auch nach seinem (Dr. F. \_\_\_'s) klinischen Eindruck nur einen leichten Grad und habe sich unter der psychiatrischen Behandlung bereits deutlich gebessert.

Die Beschwerdeführerin sei im Krankheitsverhalten bei den Migräneanfällen möglicherweise auf Schonung und Sicherheit zu Hause bedacht. Dass dieses psychische Krankheitsverhalten der Beschwerdeführerin zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hätte, die über das Ausmass derjenigen hinausgehe, die durch die Migräneanfälle alleine bedingt sei, könne aber nicht mit Bestimmtheit gesagt werden. Es seien keine Angst- oder Persönlichkeitsstörungen mit pathologischen

psychosozialen Folgen zu diagnostizieren, die einem pathologischen Krankheitsverhalten zugrunde liegen würden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rein psychiatrischer Sicht habe bei der Beschwerdeführerin wohl nie eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden, die zu einer auch nur teilweisen Invalidisierung geführt habe. Erst recht liessen der heutige klinische Eindruck der Beschwerdeführerin und die anamnestischen Angaben der letzten Zeit keine Annahme einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu. Die für die Jahre 2001 und 2002 attestierte Arbeitsunfähigkeit gehe auf eine Migränekrankheit zurück, die von neurologischer Seite beurteilt werden müsste.

3.2.5 Ä Ä Gemäss Bericht der Ärzte des Kopfwehzentrums der H. \_\_\_ an Dr. E. \_\_\_ vom 15. Januar 2004 (Urk. 11/19/3-4) leidet die Beschwerdeführerin an Migräne ohne Aura und episodischem Spannungskopfschmerz (Kopfschmerzdiagnosen) sowie an einem leichten cervicovertebralen Syndrom rechts betont und Depression (andere Diagnosen). Seit der Geburt des zweiten Kindes leide sie an Depressionen und Kopfschmerzen. Die Frequenz und die Intensität der Attacken hätten seitdem zugenommen. Aktuell betrage sie (Anmerkung: die Frequenz) ein- bis zweimal pro Woche.

3.2.6 Ä Ä Im polydisziplinären Gutachten des G. \_\_\_ vom 3. November 2004 (Urk. 11/38) nannten die Gutachter als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere Depression (F:32.1) sowie eine Migräne und als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein cervicocephales Schmerzsyndrom, eine leichte Hypermobilität und Bandlaxizität sowie eine allgemeine Dekonditionierung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin hätten während der zweiten Schwangerschaft begonnen, nach der Geburt der zweiten Tochter seien dann starke Kopfschmerzen aufgetreten. Die betreuende Neurologin habe einen Verdacht auf Spannungstypkopfschmerzen mit migräniformer Komponente diagnostiziert. Da die Schmerzen auf die gängigen Therapien nicht reagiert hätten, werde die Beschwerdeführerin seit 2002 von Dr. E. \_\_\_ betreut. Mit Psychotherapie und antidepressiver Therapie sei es gelungen, die Anfallsfrequenz von zwei- bis dreimal wöchentlich auf ein- bis zweimal wöchentlich zu senken. Anfangs 2004 sei im Kopfwehzentrum H. \_\_\_ die Diagnose einer Migräne ohne Aura sowie eines episodischen Spannungstypkopfschmerzes gestellt worden. Seither sei die medikamentöse Therapie ausgebaut worden. Die Kopfschmerzattacken beschreibe die Beschwerdeführerin als sich ausbreitende Schmerzen mit Erbrechen, Urinabgang und Photophobie. Bei der cursoralen neurologischen Untersuchung fanden sich keine Auffälligkeiten. Aus internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit um maximal 20 % reduziert.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin erzähle, dass nach den Kopfschmerzen auch zunehmend psychische Probleme aufgetreten seien. Während einer Schmerzattacke fühle sie sich oft so elend, dass sie nicht mehr leben wolle und das Gefühl habe, sich umbringen zu müssen. Sie schlafe sehr schlecht, sei ständig müde, empfindlich, reizbar und könne kaum mehr den Haushalt besorgen. Sie erzähle von der Angst, als Mutter zu versagen und invalid zu werden. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei ein erheblicher Leidensdruck spürbar. Das Verhalten wechsele von fordernd und sehr bestimmt zu kindlich-naiv und Hilfe suchend. Die Stimmung sei geprägt von Angst und Depression. Es sei keine zwanghafte Symptomatik eruiert. Als Reaktion auf die Kopfschmerzen habe sich ein psychisches Zustandsbild von Angst und Depression

gemischt, am ehesten einer mittelschweren Depression entsprechend, entwickelt. Dies auf dem Boden einer eher abhangigen und labilen Personlichkeit. Der von Dr. F.\_\_\_\_ geäusserte Verdacht auf eine Personlichkeitsstorung konne zur Zeit nicht bestätigt werden. Im jetzigen Zeitpunkt betrage die Arbeitsfahigkeit aus psychiatrischer Sicht 60 bis 70 %.

 Zusammenfassend und bei Beurteilung aller Gegebenheiten und Befunde betrage die Arbeitsfahigkeit generell 60 %. Die Einschränkung der Arbeitsfahigkeit beruhe auf der internistischen und psychiatrischen Diagnose, diese verhielten sich nicht additiv.

3.3 Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus folgenden Arztberichten:

3.3.1 Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte im ärztlichen Zeugnis vom 21. Februar 2006 (Urk. 11/63) eine Migräne ohne Aura, Spannungstypkopfweh, ein cervicovertebrales Syndrom rechts sowie eine Depression. Die Arbeitsunfahigkeit betrage 40 %.

3.3.2 Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 24. Februar 2006 (Urk. 11/65), die Migräne ohne Aura finde einmal pro Woche statt. Es handle sich hierbei um einen grossen Anfall mit gelegentlicher Enuresis und Erbrechen. Dagegen helfe auch Relpax 80 mg nichts, wohl aber gegen die kleinen Anfälle, die im Schnitt zweimal pro Woche stattfänden. Die Depression werde mit zwei Cipralex und einem Eflexor 150 mg behandelt. Manchmal helle die Depression auf, dann wieder gebe es Phasen, in denen die Beschwerdeführerin schwermftig und depressiv sei.

3.3.3 Die Ärzte der H.\_\_\_\_ stellten im Bericht vom 7. März 2006 an Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 11/67) folgende Kopfwehdiagnosen: eine Migräne ohne Aura und ein episodisches Spannungstypkopfweh. Als andere Diagnosen nannten sie ein leichtes cervicovertebrales Syndrom rechts betont, eine Depression sowie Vitamin-B-12-Mangel (anamnestisch). Aktuell begännen die Schmerzen nuchal beidseits und zngen von dort bis retrookulr. Die maximale Intensität beschreibe sie mit 10/10, der Schmerzcharakter sei drückend oder pulsierend. Seit zirka einem Jahr trete teilweise während des Anfalls eine unkontrollierte Spontanmiktion auf. Die Schmerzen verschlimmerten sich durch Aufregung. Verbessernde Faktoren könnten nicht eruiert werden. Die Schmerzen begännen unterschiedlich im Tagesverlauf und träten aktuell ein- bis zweimal pro Woche auf, teilweise auch nur von einer Intensität 6/10, welche von der Beschwerdeführerin als kleine Anfälle beschrieben würden. Als Vorläufer nehme die depressive Stimmungslage zu und die Beschwerdeführerin habe Lust auf Süssigkeiten. Aurasymptome würden weiterhin verneint. Als Begleiterscheinungen träten Photo-, Phono- und Osmophobie sowie Nausea und Vomitus auf. Es hätten keine auslösenden Faktoren genannt werden können.

3.3.4 Mit Schreiben vom 5. April 2006 teilte Dr. B.\_\_\_\_ dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit (Urk. 11/69), er habe nach Erhalt des Berichts der H.\_\_\_\_ vom 7. März 2006 seine Meinung bezüglich einer erneuten Arbeitsintegration geändert und sei nun der Ansicht, dass diese vorläufig nicht stattfinden sollte.

3.3.5 Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 8. Februar 2007 (Urk. 3/6), dass die Beschwerdeführerin wegen chronischen Spannungskopfschmerzen mit Migräne und eines Ferritinmangel-Syndroms bei ihm in Behandlung sei. Sie lasse sich nach wie vor in Abständen von zwei Wochen von Dr. E.\_\_\_\_ (richtig: E.\_\_\_\_) psychiatrisch behandeln.

Bezüglich des Ferritinmangels sei eine Anmeldung bei Dr. med. I. \_\_\_ erfolgt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 17. Juli 2002 bis auf weiteres 100 %.

3.3.6. Schliesslich schrieb Dr. E. \_\_\_ am 10. Februar 2007 (Urk. 3/7), die Migräne habe sich seit Januar 2004 verschlimmert. Vor und nach der Migräne hätten die depressiven Attacken zugenommen. Während der migränefreien Zeit sei die Beschwerdeführerin zwar einigermaßen "zuweg", die Länge der depressiven Phasen habe aber mittlerweile zugenommen. Wenn in der Regel von zwei grossen Anfällen pro Woche ausgegangen werde, sei die Beschwerdeführerin einen bis eineinhalb Tage nicht zu gebrauchen. Sie sei im Erwerbsbereich zu 100 % und im Haushaltbereich zu 50 % arbeitsunfähig.

3.4. Aufgrund der Schilderungen in den Arztberichten von Dr. B. \_\_\_ vom 15. Oktober 2002 (Urk. 11/6/1-2), von Dr. C. \_\_\_ vom 19. Juni 2002 (Urk. 11/6/3) und 15. April 2003 (Urk. 11/12/5), von Dr. E. \_\_\_ vom 30. April 2003 (Urk. 11/13) sowie den Erläuterungen in den Gutachten von Dr. F. \_\_\_ vom 12. Oktober 2003 (Urk. 11/15) und des G. \_\_\_ vom 3. November 2004 (Urk. 11/38) schloss die Beschwerdegegnerin, dass bei der Beschwerdeführerin seit August 2001 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Bereich Erwerbstätigkeit von 40 % vorliegt. Weiter ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden von August 2001 bis 31. Juli 2003 einer vollen Erwerbstätigkeit und ab 1. August 2003 nurmehr einer Erwerbstätigkeit von 60 % nachgegangen und zu 40 % im Haushalt tätig wäre. Unter Berücksichtigung der Einschränkungen im Haushalt von 20,67 % ergab sich bei einem Invaliditätsgrad in diesem Bereich von 8,27 % ( $0,4 \times 20,67$ ) und einem solchen von 0 % im Bereich Erwerbstätigkeit die Aufhebung der Rente per 31. Juli 2003. Die Rentenaufhebung erfolgte somit wegen einer Änderung in der Qualifikation (Teilerwerbstätige) und damit verbunden mit einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (gemischte Methode, siehe Erw. 1.5), und nicht weil sich der Gesundheitszustand zwischen August 2001 und Juli 2003 verbessert hatte.

### 3.5.1.

Im Vordergrund der Beschwerden liegen seit je chronische Spannungskopfschmerzen mit Migräne und eine leichte bis mittelschwere Depression (vgl. Erw. 3.2.1 - 3.2.6). Bezüglich Häufigkeit der auftretenden Kopfschmerzen äusserten sich damals weder der Hausarzt Dr. B. \_\_\_ im Bericht vom 15. Oktober 2002 (Urk. 11/6/1-2) noch der behandelnde Psychiater Dr. E. \_\_\_ im Bericht vom 30. April 2003 (Urk. 11/13). Dieser beschrieb lediglich die Art des Schmerzes, welcher im Nacken beginnend über den Hinterkopf nach vorne steige und von Erbrechen begleitet sei. Laut Gutachten von Dr. F. \_\_\_ vom 12. Oktober 2005 (Urk. 11/15) gab die Beschwerdeführerin an, nach der Geburt der zweiten Tochter habe sie zwei- bis dreimal pro Woche Migräne gehabt. Die Ärzte des Kopfwehentrums der H. \_\_\_ stellten im Bericht vom 15. Januar 2004 (Urk. 11/19/3-4) anamnestisch fest, dass die Kopfschmerzen und die Depressionen seit der Geburt des zweiten Kindes beständen und seither die Frequenz und die Intensität der Attacken zugenommen hätten und aktuell ein- bis zweimal pro Woche aufträten. Die Psychiaterin des G. \_\_\_ berichtete, seit der regelmässigen therapeutischen und auch pharmakologischen Behandlung beim behandelnden Psychiater sei es gemäss Aussagen der Beschwerdeführerin gelungen, die Anfallsfrequenz von zwei- bis dreimal auf ein- bis zweimal wöchentlich zu senken.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbst in Anbetracht dessen, dass die Angaben der Ärzte über die Häufigkeit des episodischen Spannungskopfschwehs beziehungsweise der Migräneanfälle - bei welchen sie sich im übrigen auf die (widersprüchlichen) Aussagen der Beschwerdeführerin stützen mussten - nicht ganz übereinstimmen, so folgt doch aus den Arztberichten, dass die Anfälle im Zeitpunkt der medizinischen Begutachtung am G. \_\_\_ ein- bis zweimal pro Woche auftraten.

3.5.2 Ä Ä Eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes bezüglich der Kopfschmerzen seit 20. September 2005 kann aus den neu aufgelegten Arztberichten nicht geschlossen werden. So beschrieben die Ärzte des Kopfschwehzentrums der H. \_\_\_ im Bericht vom 7. März 2006 (Urk. 11/67), dass die Schmerzen aktuell ein- bis zweimal pro Woche auftraten und die Beschwerdeführerin auf der Schmerzskala eine Schmerzintensität von 6 bis 10 Punkten bei insgesamt 10 möglichen Punkten angegeben habe. Wenn die Ärzte des Kopfschwehzentrums davon ausgehen, dass an eine Arbeitsintegration im Moment nicht zu denken sei, tun sie dies allein gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, wurden anlässlich der Untersuchung vom 7. März 2006 doch keine Befunde erhoben. Schon anlässlich der Untersuchung vom 8. Januar 2004 (Bericht vom 15. Januar 2004, Urk. 11/19/3-4 = Urk. 11/67/4-5) hatte die Beschwerdeführerin unter anderem angegeben, die Frequenz und die Intensität der Kopfschmerzen hätten (seit der Geburt des zweiten Kindes) zugenommen und die Attacken kämen ein- bis zweimal pro Woche vor, genau wie während der Untersuchung vom 7. März 2006. Im Bericht über die Untersuchung vom 7. März 2006 wird zudem erwähnt, seit zirka einem Jahr komme es während eines Anfalls zu einer teilweise unkontrollierten Spontanmiktion. Diese Aussage hatte die Beschwerdeführerin aber bereits während der Begutachtung vom 25. August und 30. September 2004 am G. \_\_\_ gemacht (Urk. 11/38/6). Somit ergibt sich aus dem Bericht des Kopfschwehzentrums der H. \_\_\_ vom 7. März 2006 keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin.

Was die Beurteilung von Dr. E. \_\_\_ betrifft, ist festzuhalten, dass er bereits im Bericht vom 30. April 2003 (Urk. 11/13) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen war und auch in seiner Einsprache vom 26. Januar 2004 (Urk. 11/19/1-2) schon die Ansicht vertreten hatte, die Beschwerdeführerin sei in ihrer Arbeitsfähigkeit stark behindert und bis auf Weiteres unfähig, einer geordneten Tätigkeit nachzugehen. Im Bericht vom 24. Februar 2006 beschrieb er einmal wäquentlich auftretende Migräneanfälle ohne Aura, wogegen nicht einmal Relpax 80 mg helfe. Bei dieser Aussage hat Dr. E. \_\_\_ wohl übersehen, dass die Beschwerdeführerin anamnestisch immer ausgesagt hat, dass keine Therapie gegen die Schmerzen helfe. Wenn Relpax 80 mg neuerdings gegen die kleinen Anfälle, die gemäss Aussage der Beschwerdeführerin im Durchschnitt zweimal pro Woche stattfinden, hilft, muss dies sogar als Verbesserung der Situation angesehen werden.

Zudem sind gewisse Widersprüche in den Berichten von Dr. E. \_\_\_ nicht zu übersehen: Sprach er in seinem Schreiben vom 24. Februar 2006 noch von einer Migräne ohne Aura einmal pro Woche (Urk. 11/65), so trifft er dann in seinem Brief vom 10. Februar 2007 die Annahme, dass in der Regel zwei grosse Anfälle pro Woche vorkämen, ohne dafür eine Erklärung abzugeben. Die Beschwerdeführerin sei deshalb einen bis eineinhalb Tage nicht zu gebrauchen - dies könne der Hausarzt bestätigen -, woraus er auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für den Erwerbsbereich und von 50 % für den Bereich Haushalt schloss (Urk. 3/7). Abgesehen davon, dass Dr. E. \_\_\_, wie erwähnt, der

Beschwerdeführerin bereits vor Erlass des Einspracheentscheides vom 20. September 2005 im Bereich Erwerbstätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert hatte, überzeugen auch die Aussagen des Hausarztes nicht. Dr. B. \_\_\_ hatte ursprünglich am 21. Februar 2006 die Meinung vertreten, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % (Urk. 11/63). Diese Beurteilung revidierte er dann gestützt auf den Bericht des Kopfwehzentrums der H. \_\_\_ vom 7. März 2006, indem er am 5. April 2006 darauf hinwies, dass seine fachärztliche Beurteilung nicht die gleiche Kompetenz aufweise wie jene der Klinikärzte (Urk. 11/69). Diese Begründung für das Zurückkommen auf seine Beurteilung vom 21. Februar 2006 vermag nicht ganz zu überzeugen, nachdem die Beschwerdeführerin seit 1996 in seiner hausärztlichen Behandlung steht (Urk. 11/10/2 und Urk. 3/6) und er über ihre Krankengeschichte, bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seit Jahren gut dokumentiert ist. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Bericht des Kopfwehzentrums der H. \_\_\_ vom 7. März 2006 nicht geeignet ist, eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ab 20. September 2005 darzulegen (siehe Erw. 3.5.2).

3.5.3.3 Was die psychischen Beschwerden betrifft, kann aus den Arztberichten nicht entnommen werden, dass sich diese seit 20. September 2005 verschlimmert haben. Im Bericht vom 24. Februar 2006 (Urk. 11/65) beschrieb Dr. E. \_\_\_ die Situation damit, dass sich die Depression unter Behandlung mit Cipralext und Eflexor manchmal aufhelle, es aber auch Phasen gebe, in denen die Beschwerdeführerin schwermütig und depressiv sei. Im Bericht vom 10. Februar 2007 (Urk. 3/7) teilte er mit, dass die Länge der depressiven Phasen mittlerweile zugenommen habe. Über die Schwere der depressiven Episoden äusserte er sich jedoch in keinem der Berichte. In Verbindung mit der Aussage, dass die Beschwerdeführerin in den migränefreien Zeiten einigermassen zuweg sei, ist zu schliessen, dass sie durch die psychischen Beschwerden nicht zusätzlich beeinträchtigt ist. Geht man schliesslich wie Dr. E. \_\_\_ davon aus, dass die Beschwerdeführerin während einem bis eineinhalb Tagen pro Woche keine Arbeit verrichten kann, resultiert hieraus bezogen auf eine 5-Tages-Arbeitswoche eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20 % bis 30 %. Dies bedeutete aber gegenüber den Einschränkungen des G. \_\_\_ eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit um 10 bis 20 %.

3.6 Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem 20. September 2005 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Januar 2007 nicht verschlechtert hat. Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht ohne erneute Prüfung der Einschränkungen im Haushalt den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint.

4. Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen und sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- lic. iur. Fabiano Marchica

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.