

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01083 vom 28. Mai 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01083

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01083 du 28 mai 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01083 del 28 maggio 2010

Erwägungen

E. 3

3.1. Obwohl die Beschwerdegegnerin die am 5. April 2006 beschlossene befristete Rente - und damit über das erste Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin - noch nicht verfügt hatte, meldete sich Letztere am 29. Mai 2007 erneut zum Leistungsbezug an. In der Folge behandelte die Beschwerdegegnerin diese Neuanmeldung, als wäre die befristete Rente bereits verfügt worden, und setzte der Beschwerdeführerin eine Frist an, veränderte Verhältnisse seit Erlass der - noch nicht ergangenen - Verfügung mittels Beweismittel glaubhaft zu machen.

3.2. Nach der Rechtsprechung ist die Gesetzmässigkeit einer Verwaltungsverfügung in der Regel nach dem Sachverhalt zu beurteilen, der zur Zeit des Verfügungserlasses gegeben war (BGE 130 V 140 Erw. 2.1). Entsprechend hätte die Beschwerdegegnerin einerseits in der erst am 24. Juli 2007 erlassenen Verfügung den Sachverhalt berücksichtigen müssen, wie er sich bis zu diesem Zeitpunkt entwickelte. Andererseits hätte sie zuvor die Neuanmeldung gar nicht als solche zu behandeln brauchen, da die Beschwerdeführerin bereits angemeldet war und die Anmeldung sich auf alle Ansprüche bezieht, welche sich bis zum Zeitpunkt des Entscheids des Versicherungssträgers über das entsprechende Begehren ergeben (Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Art. 29 N. 18; BGE 132 V 296 Erw. 4.3).

3.3. Nachdem nun aber die Beschwerdegegnerin vor Erlass einer Verfügung, welche das mit erster Anmeldung eingeleitete Verfahren abgeschlossen hätte, bereits auf eine zweite Anmeldung eingetreten war, kann nicht angenommen werden, mit der Verfügung vom 24. Juli 2007 seien sämtliche bis zu diesem Zeitpunkt sich ergebenden Ansprüche geprüft und abgegolten worden. Diese Annahme würde sich zuungunsten der Beschwerdeführerin auswirken, weil sie mit zweiter Anmeldung vor Erlass der Verfügung vom 24. Juli 2007 eine erneute Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend gemacht hat und eine allfällige bereits vor Erlass dieser Verfügung erfolgte Verschlechterung im neuen Verfahren nicht mehr berücksichtigt werden konnte. Dies würde einem fairen Verfahren widersprechen. Die Beschwerdeführerin durfte nämlich aus dem Umstand, dass die Verwaltung auf ihre zweite Anmeldung eingetreten war, davon ausgehen, dass mit der kurz darauf verfügten, bis 31. Oktober 2005 befristeten Rente lediglich über einen in der Vergangenheit liegenden, abgeschlossenen Sachverhalt entschieden wurde und ihre mit Neuanmeldung aufgrund seitheriger Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemachten Ansprüche davon unberührt bleiben. Die Beschwerdeführerin unterliess die gerichtliche Anfechtung der Verfügung vom 24. Juli 2007 offensichtlich in der - nach dem Gesagten berechtigten - Annahme und Erwartung, dass unabhängig davon ihre Neuanmeldung vom 30. Juni 2007

weiterbehandelt wird und dabei die damit geltend gemachte Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes für das neue Verfahren relevant ist. Aus Gründen des Vertrauensschutzes ist deshalb im vorliegenden Fall als Referenzzeitpunkt für die Prüfung, ob sich seit dem ersten Rentenentscheid der relevante Sachverhalt erheblich verändert hat (Erw. 2.4), ausnahmsweise nicht der Zeitpunkt der Verfügung sondern der Zeitpunkt des Beschlusses, also der 5. April 2006 zu nehmen.

4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1 Dem Beschluss der Beschwerdegegnerin vom 5. April 2006 lagen im Wesentlichen folgende medizinische Akten zugrunde (vgl. auch Feststellungsblatt für den Beschluss vom selben Tag, Urk. 7/17):

1.1.1.1.1 Dr. E.____ teilte dem Krankentaggeldversicherer der Beschwerdeführerin, der J.____ (nachfolgend: J.____), am 30. August 2004 mit, aufgrund von Polyarthralgien, Polymyalgien und einer Coxarthrose rechts bestehe vom 14. Juli bis 31. August 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, danach eine von 50 % (Urk. 7/10/28). Am 15. Januar 2005 berichtete er, seit Frühjahr 2004 beständen generalisierte rheumatische Schmerzen am gesamten Körper, die Beschwerdeführerin fühle sich zunehmend müde, ausgebrannt und deprimiert. Er erhob ein generalisiertes fibromyalgisches Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule (Spondylose, Spondylarthrose) sowie eine zunehmende Involutionsdepression. Er hielt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % fest und bemerkte, insbesondere eine psychologische Führung der Patientin sei wichtig. Aktuell sei am ehesten zu erwarten, dass die 50%ige Arbeitsunfähigkeit erhalten werden könne, längerfristig sei damit zu rechnen, dass die Arbeitsunfähigkeit wieder gegen 100 % steigen könne (Urk. 7/10/7). Mit Brief vom 30. Januar 2006 teilte die J.____ der Beschwerdegegnerin unter Beilage weiterer kurzer Berichte von Dr. E.____ mit, sie hätten den Fall abgeschlossen, nachdem die Arbeitsunfähigkeit per 10. Oktober 2005 habe beendet werden können (Urk. 7/16).

4.2.1.1.1 Seit der Neuanmeldung vom 29. Mai 2007 präsentiert sich die medizinische Aktenlage bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung wie folgt:

4.2.1.1.1 Dr. E.____ berichtete am 6. März 2007 der J.____ von einer generalisierten Fibromyalgie sowie einer Depression. Die Prognose betreffend Morbidität sei nicht gut. Die Patientin sei durch chronische Schmerzen an der Ausübung des Berufes gehindert (Urk. 7/30/1-3). Im Schreiben vom 26. Juni 2007 an die Beschwerdegegnerin hielt er fest, der Beschwerdeführerin sei bereits vom 1. Juni bis 31. Oktober 2005 eine halbe IV-Rente ausbezahlt worden. Da sich der Krankheitszustand damals gebessert habe, sei die Rente ab November 2005 aufgehoben worden. Aktuell sei eine klare Verschlechterung des Gesamtzustandes, somatisch wie auch psychisch, zu beobachten. Seit Anfang Mai 2006 werde seitens der Taggeldversicherung ein durch Arzteugnisse dokumentiertes Taggeld von 50 % ausgerichtet. Gut ein Jahr später müsse man konstatieren, dass sich der medizinische Krankheitszustand nicht gebessert habe (Urk. 7/25). Am 12. Juli 2007 attestierte er gegenüber der J.____ unter Hinweis auf eine Exacerbation der Depression eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 30/5). Im Verlaufsbericht vom 20. Juli 2007 zuhanden der Beschwerdegegnerin hielt er - unter Beilage einiger kurzer spezialärztlicher Berichte (Radiologie, Innere Medizin, Gastroenterologie und Orthopädie) - fest, die Diagnose habe nicht geändert, die Versicherte leide mit Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit an einer Fibromyalgie, einer Periarthropathia humeroscapularis calcarea

links und einer Depression, ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an einem Reflux. Eine Besserung der Beschwerden habe bisher nicht erreicht werden können. Auch zukünftig sei mit einer weitergehenden Verschlechterung zu rechnen, bestenfalls könne mit weiterhin konsequenter und intensiver Behandlung der Ist-Zustand gehalten werden. Die therapeutischen Massnahmen bestünden in intensiven weiteren polydisziplinären Behandlungen bei der Hausärztin, dem Rheumatologen und dem Psychiater. Die Restarbeitsfähigkeit sowohl in angestammter als auch angepasster Tätigkeit betrage 50 %, die im Verlauf recht stabil sei. Vereinzelt klettere die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % (Urk. 7/34).

4.2.2. Dr. F. ____, bei welchem die Beschwerdeführerin seit dem 28. April 2006 in psychiatrischer Behandlung war, notierte als Krankheitsanamnese eine Depression mit 14 Jahren mit Panikattacken, zwei Suizidversuchen mit Tabletten, einem mit Pestizid. Die Patientin habe acht Geschwister und sei von ihrer Mutter schwer geschlagen worden. Sie habe eine Tochter aus erster und eine aus zweiter und aktueller Ehe. Als Beschwerden seien somatische Schmerzen, besonders in den Armen - sie könne nichts tragen - , periodische Gewichtszunahmen, Schlafstörungen, chronische Müdigkeit und Erschöpfungszustände geklagt worden. Er erhob als Befunde eine depressive, konfuse, frustrierte, leidende Patientin, die frustriert sei, weil sie wegen Schmerzen und Depressionen nicht mehr arbeiten könne. Er diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende depressive Störungen mit somatischem Syndrom bei Status nach dreimaligen Suizidversuchen im Rahmen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine psychische und somatische Belastung in Zusammenhang mit der Betreuung ihrer 19-jährigen Tochter, die an schweren Angstzuständen leide und sozial völlig isoliert sei. Konzentrationsvermögen und Belastbarkeit seien aufgrund der Schmerzen eingeschränkt, demgegenüber das Auffassungsvermögen und die Anpassungsfähigkeit uneingeschränkt. In der bisherigen Berufstätigkeit sei sie nicht mehr arbeitsfähig, die Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit müsse abgeklärt werden (Urk. 7/36).

4.2.3. Am 8. und 11. Februar 2008 fand im G. ____, die von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre - internistische, rheumatologische und psychiatrische - Begutachtung statt (Gutachten vom 19. Mai 2008 Urk. 7/43). Die Gutachter stellten keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie 1) ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit Betonung eines cervicobrachialen und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit/bei i) ausgeprägter myostatischer Insuffizienz, ii) Fehllhaltung, iii) Osteochondrose und Spondylose HWK4/5 und HWK6/7, nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehend, iv) initialer ISG-Arthrose rechts mehr als links, 2) eine initiale Coxarthrose rechts, 3) eine initiale, medial betonte Gonarthrose beidseits, 4) eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie 5) Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56; S. 26).

Die internistische Untersuchung habe eine normalgewichtige und weitgehend unauffällige Versicherte in gutem Allgemeinzustand, blandem klinischen Status und Normalbefunden in den Zusatzuntersuchungen (Labor und EKG) ergeben (S. 28 f.). Bei der rheumatologischen Begutachtung habe bei der Versicherten eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz imponiert. So seien die demonstrierten Beschwerden im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates während der Begutachtung variabel und

klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel gewesen. Bei nur 10 von 18 positiven so genannten Tenderpoints sei aktuell gemäss den strengen Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) ein Fibromyalgiesyndrom nicht ausgewiesen. Von Seiten des Bewegungsapparates erklärten sich die von der Versicherten geklagten Beschwerden teilweise aus der erheblichen myostatischen Insuffizienz mit konsekutiver Fehlhaltung und Fehlstatik sowie multiplen Insertionstendinopathien beziehungsweise Tendinosen. Insgesamt bestehe jedoch eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den von der Versicherten demonstrierten Beschwerden. Aus rein orthopädisch-rheumatologischer Sicht sei die Versicherte unter Berücksichtigung sämtlicher vorgenannten Befunde sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Servicekraft als auch in allen ihrem allgemeinen Leistungsspektrum entsprechenden Verweistätigkeiten uneingeschränkt arbeitsfähig (S. 29 f.). Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der Anamnese und der aktuellen Untersuchung die Diagnose einer Dysthymia gestellt werden. Hierbei handle es sich um eine chronisch depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer nicht die Kriterien für eine (rezidivierende) leichte oder mittelgradige depressive Stimmung erfüllt. Bei der Versicherten könne eine Affektlabilität mit depressiver Verstimmung und ein geringer Selbstwert beobachtet werden, die geschilderte Erschöpfung und Müdigkeit seien nicht nur durch die Schlafstörungen, sondern auch durch die Abgabe eines sedierenden Medikamentes begründet. Die Diagnosekriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Allenfalls liege eine Tendenz zur Somatisierung bei psychosozialen Belastungen, die IV-fremd seien, vor (finanzielle Probleme nach Rentensistierung, Problem mit der Tochter). Ebenfalls fänden sich keine Anhaltspunkte für eine "Persönlichkeitsstörung". Lediglich liessen sich "Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit" diagnostizieren, das heisse invaliditätsfremde Faktoren, die dennoch den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen würden. Zusammengefasst sei die Versicherte aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (S. 30).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus polydisziplinärer Sicht bestehe auch im retrospektiven Längsschnitt zu keinem Zeitpunkt ein Gesundheitsschaden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit begründen könnte. Die unter anderem von Frau Dr. K. ___ und Dr. E. ___ diagnostizierte Fibromyalgie lasse sich bei der aktuellen rheumatologischen Begutachtung gemäss den strengen Kriterien des American College of Rheumatology diagnostisch nicht objektivieren. Abgesehen davon, dass diese Diagnose per se versicherungsmedizinisch keine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründe, sei bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch diese beiden Ärzte keine versicherungsmedizinisch nachvollziehbare Ermittlung eines positiven und negativen Leistungsprofils in Gegenüberstellung mit den konkreten körperlichen Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in einer angepassten Tätigkeit ermittelt worden. Deren Attestierung einer dauerhaften 100%igen beziehungsweise 50%igen Arbeitsunfähigkeit sei deshalb anzuzweifeln und dem heute ermittelten körperlichen Leistungsprofil der Versicherten entsprechend anzugleichen (S. 30 f.).

4.3 Ä Ä Ä Mit Replik liess die Beschwerdeführerin zwei Arztberichte des I. ___ von 1992 bzw. 1995 sowie ein psychiatrisches Gutachten einreichen (Sachverhalt Erw. 2).

4.3.1.1. Den Spitalberichten ist zu entnehmen, dass im Jahre 1992 1) ein Verdacht auf eine vagovasale Synkope, 2) eine arterielle Hypotonie, 3) chronische Einnahme von Benzodiazepinen, 4) orale Antikonzeption sowie 5) ein chronischer Nikotinabusus, und im Jahre 1995 1) ein reaktives depressives Zustandsbild bei i) beruflicher Konfliktsituation, ii) unreifer Persönlichkeitsstruktur und iii) Status nach Suizidversuch mit Pestiziden ca. 1983, 2) eine Neigung zu Hypotonie und 3) ein Nikotinabusus diagnostiziert worden waren.

4.3.2. Dr. H. ___ diagnostizierte in seinem zuhanden der Beschwerdeführerin erstellten psychiatrischen Gutachten vom 29. Januar 2009 rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig leicht bis mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) bei kombinierter Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und unreifen Anteilen (ICD-10 F61.0), differenzialdiagnostisch eine akzentuierte Persönlichkeit mit emotional instabilen und unreifen Anteilen (ICD-10 Z73.1).

Unter objektiven Befunden (S. 16 f.) hielt der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei wach und zu allen Qualitäten orientiert gewesen. Sie habe dem Gesprächsverlauf gut folgen können und die ihr gestellten Fragen adäquat beantwortet. Die Konzentration, geprägt durch serielle Subtraktion (100-7, etc.), sei reduziert und ihre Merkfähigkeit leicht vermindert gewesen. Im formalen Denken sei sie geordnet gewesen. Es hätten sich keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Ich-Störungen und keine Hinweise auf Zwänge gezeigt. Die Explorandin habe über seltene Panikattacken berichtet, welche einmal jährlich, vor allem im Herbst, auftreten würden. Speziell in Menschenmengen, zum Beispiel an Festen würde sich ein beklemmendes Angstgefühl auf der Brust einstellen. Sie habe Angst, dass dann etwas passieren würde. Der affektive Rapport sei gut herstellbar, die Stimmungslage ausgeglichen und auch die affektive Schwingungsfähigkeit uneingeschränkt gewesen. Demgegenüber sei der Antrieb leicht reduziert, Interesselosigkeit und Freudlosigkeit seien vorhanden gewesen. Die Explorandin habe über regelmässige Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie über einen völligen Libidoverlust geklagt. Schweregefühle in Gliedern mit Kopf- und Muskelschmerzen seien berichtet worden. Suizidale Gedanken und Gefühle von Lebensüberdruß seien gemäss ihrer Schilderung vorhanden. Die Explorandin habe sich aber aktuell von Suizidalität klar distanzieren können. Insgesamt sei eine erhöhte Kränkbarkeit aufgefallen. Die Introspektionsfähigkeit sei vermindert gewesen. Eigene Anteile an der Problematik seien nicht erkannt worden. Gemäss Hamilton-Depressionsskala (21 Items) habe die Explorandin 20 Punkte erreicht, was an der Grenze der leichten bis mittelschweren depressiven Episode liege, wobei die Kriterien für eine mittelgradige Depression gemäss dieser Skala erfüllt seien.

Zur Begründung der gestellten Diagnose führte er aus (S. 20), dass bei der Beschwerdeführerin trotz adäquater und ausreichender antidepressiver Medikation die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode noch erreicht würden. Mehrere depressive Zustände seien aktenkundig. Korrekte depressive Episoden gemäss ICD-10 seien zwar nicht erhoben worden. Da Dr. F. ___ in seinem Bericht an die IV-Stelle vom 27. August 2007 aber eine rezidivierende depressive Störung mit Angstzuständen und somatischem Syndrom aufwies, könne gefolgert werden, dass er eine depressive Episode gemäss ICD-10 gemeint habe. Aus genannten Gründen sei es daher nicht nachvollziehbar, dass bei der Explorandin lediglich eine Dysthymie gemäss ICD-10 F34.1 vorliegen solle, da bei einer Dysthymie die Kriterien für eine

leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung nicht erfüllt würden. Die deutlich erhöhte Kränkbarkeit der Explorandin verbunden mit der Anamnese dreier Suizidversuche, welche als Impulsdurchbrüche imponierten, sowie die in dieser Untersuchung aufgefallenen unreifen Persönlichkeitszüge verwiesen auf das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Die Abgrenzung zu einer akzentuierten Persönlichkeit sei in diesem Falle etwas schwierig. In den vergangenen Jahren sei es zu keinen (autoaggressiven) Durchbrüchen mehr gekommen; es sei der Explorandin möglich gewesen, nach Ankunft in der Schweiz ihre Impulssteuerung zu kontrollieren. Dennoch zeige sich eine erhebliche Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens in mehreren Bereichen der Persönlichkeit. Durch eine gewisse diagnostische Unsicherheit könne von einer eher leichten Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich dahingehend (S. 21), dass die Explorandin in der Lage sei, einer circa 3-stündigen Arbeitstätigkeit in einer Pizzeria nachzugehen. Diese momentane Tätigkeit scheine im Bereich der aktuellen maximalen Arbeitskapazität zu liegen. Durch die depressiven Symptome wie Interesselosigkeit, Antriebshemmung, ihrer psychomotorischen Unruhe und Nervosität, Somatisierungstendenz, was unter anderem mit ihrer Persönlichkeitsakzentuierung verbunden sei, sei die Explorandin hauptsächlich in ihrer Durchhaltefähigkeit aber auch Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Selbstbehauptungsfähigkeit eingeschränkt. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Serviceangestellte liege aus psychiatrischer Sicht aktuell bei 50 %.

5.1.1.1.1.1.1

5.1.1.1.1.1.1 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 wärdigen 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.).

5.2.1.1.1.1.1 Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten und es kann darauf abgestellt werden. Was dagegen vorgebracht wird, erweist

Da zwei psychiatrische gutachterliche Beurteilungen im Recht liegen, ist aufgrund von Art. 8 ZGB in beweisrechtlicher Hinsicht zu berücksichtigen, dass - sofern beide Gutachter lege artis vorgegangen sind - im Rahmen dieses Ermessensspielraums Befunde und Diagnosen, die eine weitergehende Einschränkung postulieren, mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein müssen.

5.2.2.2 Med. pract. L., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bemerkte in ihrem Bericht zum MEDAS-Gutachten, aus der Vorgeschichte seien insgesamt drei Suizidversuche, zuletzt 1985, bekannt. Nach Einzelheiten und Zeitpunkten befragt, habe die Explorandin keine näheren Angaben machen können (Urk. 7/43/22). Die Explorandin habe berichtet, sie sei häufig von der Mutter geschlagen worden; sie verble der Mutter diese Gewalttaten nicht, wahrscheinlich sei es eine Reaktion auf ihr schweres Leben mit acht Kindern gewesen (Urk. 7/43/21).

Es erscheint nachvollziehbar, dass die Gutachterin aufgrund dieser Schilderungen die belastenden Ereignisse aus der Kindheit als nicht so anhaltend einstufte, als dass sie den Diagnosekriterien des ICD-10 für eine "anhaltende somatoforme Schmerzstörung" entsprechen würden (Urk. 7/43/25), mithin als Ursache einer gegenwärtigen psychischen Störung gesehen werden könnten. Entsprechend fehlt geht auch der von Dr. H. erhobene Vorwurf, die Gutachterin hätte es versäumt, die dreimaligen Suizidversuche in die diagnostischen Überlegungen miteinzubeziehen (Urk. 13 S. 5 Fn 3). Demgegenüber erscheint seine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und unreifen Anteilen (ICD-10 F61.0), die er selber als ungesichert präsentiert, indem er zugleich die nicht krankheitswertige Differentialdiagnose einer entsprechend akzentuierten Persönlichkeit stellt, als nicht nachvollziehbar, jedenfalls soweit er daraus eine krankheitswertige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten will. Die drei Suizidversuche, mit welchen er die emotional instabilen Anteile hauptsächlich begründet (Urk. 13 S. 18), geschahen im Alter von 17, 18 und 22 Jahren, mithin während oder kurz nach der Adoleszenz, die sich notorisch durch eine emotionale Unreife auszeichnet. Mittlerweile liegt der letzte über 25 Jahre zurück und die Beschwerdeführerin ist seit 1987 ununterbrochen in zweiter Ehe verheiratet (Urk. 7/2/1) und war gemäss selbstverfasstem Lebenslauf (Urk. 7/1/1) seit dem 1. März 2000 bis zum Ende Februar 2005 - trotz Stellenwechseln - ununterbrochen erwerbstätig. Mithin ist in diesem Zeitraum eine deutliche Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, was Merkmal der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ist (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., Bern 2005, S. 229), nicht erkennbar, jedenfalls nicht in die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Ausmass.

5.2.2.3 Bei der Dysthymia handelt es sich um eine chronische depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung (F33.0, F33.1) erfüllt (Dilling/Mombour/Schmid, a.a.O, S. 150). Mithin besteht zwischen Dysthymia und mittelgradiger rezidivierender depressiver Störung lediglich ein gradueller und kein grundsätzlicher Unterschied. Die unterschiedliche Beurteilung durch med. pract. L., welche eine Dysthymia, und Dr. H., welcher eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung diagnostizierte,

lässt sich mit der unterschiedlichen Handhabung des Ermessens (vgl. Erw. 5.2.2.1) erklären. Während Dr. H. ___ in seiner Beurteilung offenbar vorab auf die von der Beschwerdeführerin geklagten, wenig überprüfbaren Beschwerden - wie beispielsweise regelmässige Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie Appetitlosigkeit und Libidoverlust - abstellte (Urk. 13 S. 19), gewichtete med. pract. L. ___ hingegen, dass die Beschwerdeführerin gemäss deren eigenen Angaben bei der Erledigung ihres Haushaltes keine Mühe bekundet, verschiedenen Hobbys nachgeht, Kontakt mit guten Kolleginnen pflegt, woraus sie ableitete, dass die Beschwerdeführerin mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig werde (Urk. 7/43/37), und folgerichtig auf eine die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkende affektive Störung schloss. Aus beweisrechtlichen Gründen verdient diese Handhabung des Ermessens nach objektiveren Gesichtspunkten den Vorzug bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs.

5.3. Die Beschwerdeführerin wurde von Dr. E. ___ ab 31. Mai 2006 zu 100 % und ab 1. September 2006 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben. Aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte - und es wird auch nicht geltend gemacht - dass sich ab dem 1. September 2006 die medizinischen Verhältnisse im Zeitverlauf wesentlich geändert hätten. Es ist daher, wenn nicht bereits ab 31. Mai 2006 (vgl. Erw. 4.2.3 letzter Absatz), so spätestens für den Zeitraum ab 1. September 2006 auf das MEDAS-Gutachten vom 19. Mai 2008 abzustellen. Demnach hat so oder so ab dem 5. April 2006 keine mindestens einjährige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 40 % bestanden und demzufolge kein Rentenanspruch entstehen können (Erw. 2.2).

Bei dieser Sachlage erbringt sich die Prüfung, ob sich der anspruchsbegründende Sachverhalt ab dem Zeitpunkt des Beschlusses der IV-Stelle vom 5. April 2006 (vgl. Erw. 3.3) überhaupt in rechtserheblicher Weise verändert hat, was zusätzliche Voraussetzung für einen Rentenanspruch wäre (Erw. 2.4).

5.4. Zusammenfassend sind insbesondere gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 19. Mai 2008 jedenfalls ab dem 1. September 2006 versicherungsmedizinisch relevante Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu verneinen, weshalb die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch zu Recht abgewiesen hat.

6. Nach Art. 45 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden.

Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung zu Recht vollumfänglich auf ihre bereits eingeholten Akten abgestellt, weshalb das von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegte Gutachten von Dr. H. ___ für die Beurteilung des Anspruchs in keiner Weise unerlässlich gewesen ist. Demnach ist die Beschwerde auch in diesem Punkt abzuweisen.

7. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festzulegen, vorliegend auf Fr. 900.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.