

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00299 vom 30. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00299

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00299 du 30 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00299 del 30 novembre 2010

Erwägungen

E. 4

Eventualiter sei die verbleibende Erwerbsfähigkeit abzuklären und hernach erneut über IV-Leistungen zu entscheiden.

E. 5

Subeventualiter seien Frau X. berufliche Massnahmen zu gewährleisten.

6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der SVA Zürich.

Die IV-Stelle schloss am 4. Mai 2009 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6).

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die Akten ist, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - vorliegend in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a S. 414). Die Beschwerdegegnerin entschied in der angefochtenen Verfügung vom 19. Februar 2009 nur über die Erhöhung der Rente der Beschwerdeführerin (Urk. 2). Folglich kann Gegenstand des vorliegenden Verfahrens lediglich die Beurteilung der Rechtmässigkeit der Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs sein. Zur Frage des Anspruchs auf berufliche Massnahmen fehlt es am erforderlichen Anfechtungsgegenstand und auf den (subeventualiter erhobenen) Antrag auf Prüfung von beruflichen Massnahmen (Urk. 1 S. 2) ist folglich nicht einzutreten.

2.

2.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG) Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu

beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen VerÄnderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verÄndert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt fÄ¼r die PrÄ¼fung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person erÄffnete) rechtskrÄftige VerfÄ¼gung, welche auf einer materiellen PrÄ¼fung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer SachverhaltsabklÄrung, BeweiswÄ¼rdigung und DurchfÄ¼hrung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten fÄ¼r eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur WiedererwÄrgung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverÄndert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die ArbeitsfÄ¼higkeit fÄ¼r sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 des Bundesgesetzes Ä¼ber die Invalidenversicherung (IVG) dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw. 2.1).

2.2Ä Ä Ä Ä Die seit 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; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

2.3Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es fÄ¼r die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berÄcksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÄ¼tig 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 begrÄndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prÄ¼fend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurÄumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmÄ¼glichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

3.

3.1

3.1.1Ä Ä Die letzte - vor der vorliegend streitigen - materielle ÄberprÄ¼fung des Rentenanspruchs der Versicherten mÄ¼ndete in der ihr sinngemÄsses RentenerhÄ¼lungsgesuch vom 22. Januar 2006 (Urk. 7/20) abweisenden und ihr weiterhin eine halbe Rente zusprechenden rechtskrÄftigen VerfÄ¼gung der IV-Stelle vom 13. September 2006 (Urk. 7/35). Diese VerfÄ¼gung basierte gemÄss ÄFeststellungsblatt Rentenrevision (unverÄndert) fÄ¼r den BeschlussÄ¼ vom 3. Juli 2006 (Urk. 7/30) auf

Ereignis im Sinne eines Vertrauensbruchs durch ihre Ursprungsfamilie (Mutter, Schwester) erleben müssen, in dessen Zusammenhang sie sich in fast wahnhafter Art als nichtig und wertlos vorgekommen sei. Sie habe schon lange an einer depressiven Erkrankung gelitten, nach diesem Ereignis habe sie sich dauerhaft in einer noch tieferen düsteren Verstimmung befunden. Aus Verletzung und Enttäuschung habe sie den Kontakt zu Mutter und Schwester abgebrochen, jedoch zugleich geradezu unerträglich Verlust, Leere und Verlassenheit gespürt. Es habe viele Therapiestunden gebraucht, um eine gewisse Akzeptanz des Geschehens und ein gewisses inneres Gleichgewicht zu erreichen, die Verschlimmerung der Depressivität sei jedoch unverändert geblieben. Auch die somatisch bedingte Schmerzsymptomatik sei schlimmer geworden. Die schwere hartnäckige, weitgehend therapieresistente Schlafstörung habe zur allgemeinen Erschöpfung beigetragen. Eines Morgens habe die Patientin nicht mehr aufstehen können, sie sei wie gelähmt, kraftlos und verstrahlt gewesen. Sie [Dr. B. ___] habe es als nicht zumutbar erachtet, dass die Versicherte in diesem Zustand arbeite, weshalb sie sich mit Dr. C. ___ in Verbindung gesetzt habe, der ab 21. Mai 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Sie habe gehofft, dass die Entlastung die psychischen Symptome lindern würde, was jedoch nicht eingetroffen sei. Die Leistungsfähigkeit habe sich nicht erholt (Urk. 7/39/7-8). Es dünke sie, dass ihre im letzten Bericht geäußerte Befürchtung einer dauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit Realität geworden sei. Auf jeden Fall betrachte sie die Patientin aus psychiatrischer und erst recht aus ganzheitlicher Sicht für jegliche Tätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig, die Ausübung einer Erwerbstätigkeit sei unzumutbar (Urk. 7/39/9).

3.2.2.2. Dr. med. E. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie, bei dem die Versicherte seit 5. Oktober 1998 in Behandlung steht (Urk. 7/42/3), diagnostizierte mit Bericht an die IV-Stelle vom 31. Dezember 2007/4. Januar 2008 ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts mit/bei degenerativen Veränderungen der unteren LWS (Osteochondrose L4/L5 und L5/S1), myofaszialem Schmerzsyndrom der paravertebralen Muskulatur beidseits und einer Tendenz zur Schmerzausweitung sowie einen Verdacht auf Überlastungsschmerz in den Händen beidseits rechts betont, wobei neurologisch kein Hinweis auf ein CTS gegeben sei und klinisch und skelettszintigraphisch keine Hinweise auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung bestehe. Die Patientin sei per sofort in behinderungsangepasster Tätigkeit etwa während 20 Stunden pro Woche, also mit einem 50%igen Pensum, arbeitsfähig (Urk. 7/42/6-7). Die psychischen Ressourcen der Patientin seien aufgrund des Verdachts auf Symptomausweitung nicht beurteilbar (Urk. 7/45/5), ein depressives Zustandsbild sei möglich (Urk. 7/42/7). Die chronischen Handschmerzen beidseits seien neurologisch abgeklärt worden, Hinweise auf eine strukturelle Läsion hätten sich nicht nachweisen lassen. Während der Anamneseerhebung weine die Versicherte und äußere Schmerzen (Symptomausweitung und Schmerzverstärkung; Urk. 7/42/8).

3.2.3. Der Hausarzt Dr. C. ___ diagnostizierte mit Verlaufsbericht zuhanden der IV-Stelle vom 17. März 2008 mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradig bis schwere depressive Episode seit September 2001, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts bei degenerativen Veränderungen der unteren LWS seit Juni 2001 und ein myofasiales Schmerzsyndrom beider Arme rechtsbetont mit Tendenz zur Fibromyalgie seit November 2001 (Urk. 7/43/2). Trotz fachärztlicher rheumatologischer und intensiver psychiatrischer Behandlung zeige das Zustandsbild eine Tendenz zur Verschlechterung. Er

erachte die Prognose bezüglich beider Erkrankungen als problematisch (Urk. 7/43/3). Die Versicherte sei seit 21. Mai 2007 als Packerin zu 100 % arbeitsunfähig, eine berufliche Umstellung sei nicht zu prüfen (Urk. 7/43/2; Urk. 7/43/6).

3.2.4.4 Vom 19. Mai bis 7. Juni 2008 war die Versicherte - nach einer notfallmässigen Selbstzuweisung wegen linkslumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung bis in den linken Fuss - im Spital '___' (F.____) in der Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie mit Poliklinik hospitalisiert, wobei mit Bericht vom 13. Juni 2008 die Diagnosen einer Exazerbation eines chronischen lumbovertebralen bis-spondylogenen Schmerzsyndroms beidseits, linksbetont mit möglicher lumboradikulärer Schmerz- und Reizkomponente L5 links mit/bei ausgeprägter Osteochondrose LWK 4/5 mit leichter erosiver Komponente und möglicher Neurokompression unter Belastung (MRI LWS 20.05.08; vgl. Bericht vom 20. Mai 2008 [Urk. 9 S. 7]), CT-PRT L4 links am 23. Mai 08 und Facettengelenksinfiltration L4/5 und L5/S1 am 4.06.08, einer Fibromyalgie, einer koronaren Herzkrankheit (Myokardinfarkt 1994, cvRF: arterielle Hypertonie, Adipositas, fraglich FA, Status nach Nikotin) und einer arteriellen Hypertonie (Urk. 9 S. 1). Die verantwortlichen Ärzte attestierten der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 19. Mai bis 22. Juni 2008 (Urk. 9 S. 2), zu einer behinderungsangepassten Tätigkeit äusserten sie sich nicht.

3.2.5.5 Im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS wurde die Beschwerdeführerin am 26. Juni/22. Juli 2008 internistisch, psychiatrisch und rheumatologisch untersucht (Urk. 7/56/1). Die Sachverständigen (Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Klinische Pharmakologie; Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für psychosomatische Medizin; Dr. med. von I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und für Rheumatologie) erhoben als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, unvollständig remittiert (ICD-10 F33.8), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1), ein lumbospondylogenes Syndrom mit/bei Mehretagen-Diskopathie sowie ein generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom (Urk. 7/56/31).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss dem Rheumatologen ärderte die Versicherte für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit (insbesondere den Rücken schonende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen, dem Verzicht auf das repetitive Anheben und Tragen von Gewichten über 7 Kilogramm, dem Verzicht auf Arbeitstätigkeiten in der monotonen Vorneigehaltung des Rumpfes, Verzicht auf das wiederholte Bücken und Aufrichten sowie Verzicht auf Arbeiten in kniender oder Kauerstellung) eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von vier bis fünf Stunden pro Tag ohne zusätzliche Leistungseinbusse aufweisen (Urk. 7/56/45). Der Psychiater kam zum Schluss, dass die Versicherte mit zahlreichen Gesundheitseinschränkungen auf psychiatrischem Gebiet konfrontiert sei, insbesondere auf der emotionalen, intentionalen und psychosozialen Ebene. Sie habe Angst, lasse sich von Vermeidungsverhalten leiten und ziehe sich zurück. Die krankhaften psychischen Auffälligkeiten würden sich als nicht unerhebliche Insuffizienz im Alltagsleben, in den sozialen Interaktionen und am Arbeitsplatz manifestieren. Die Einschränkungen auf rein psychiatrischem Gebiet bedeuteten für die Versicherte eine Leistungseinbusse von etwa 50 % in quantitativem Sinn, wobei allerdings auch qualitative Einschränkungen, insbesondere in Bezug auf

soziale Interaktionen im gegenüberartig unzureichend behandelten Zustand zu berücksichtigen seien (Urk. 7/56/61).

Der Zusammenfassung ist zu entnehmen, dass wegen des lumbospondylogenen Syndroms in Kombination mit dem generalisierten Schmerzsyndrom, der unvollständig remittierten rezidivierenden depressiven Störung, der Soziophobie und der somatoformen Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit auch unter angepassten Bedingungen eingeschränkt sei, jedoch nicht in dem von der Versicherten und den vorbehandelnden Ärzten postulierten Ausmass. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine sich potenzierende Komorbidität bei allerdings nicht ausreichender Nutzung der Behandlungsmöglichkeit. Es sei ein Settingwechsel mit intensiverer spezifischer Psychotherapie, mit Modifikation der Psychopharmakotherapie, mit Soziotherapie zum Abbau von Rückzug und Vermeidung sowie Reduzierung von vorhandenen Ressourcen indiziert. Dadurch sollte ein Erhalt der Restarbeitsfähigkeit und eine Verhinderung weiterer Chronifizierungsprozesse möglich sein (Urk. 7/56/31-32). Die psychiatrischen Erkrankungen begründeten keine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wenn auch vorübergehend im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störungen schwerergradige depressive Episoden mit stärker eingeschränkter Arbeitsunfähigkeit bestanden haben könnten. Insgesamt sei aus interdisziplinärer Sicht unverändert von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit in angepassten Bedingungen, die auch in der bisherigen Tätigkeit realisierbar seien, auszugehen. Theoretisch seien der Versicherten alle körperlich leichten Arbeiten, ohne Rückenbelastung, in Wechselhaltung und mit Wechselbelastung zumutbar. Hohe interpersonelle/interaktionelle Anforderungen könne diese nicht bewältigen (Urk. 7/56/34).

Im Lauf der über zehn Jahre dauernden Krankengeschichte habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten dahingehend verändert, als die Schmerzchronifizierung fortgeschritten, Symptomausweitung und Selbstlimitierung hinzugekommen, ein Benzodiazepinabusus manifest sowie die rezidivierende depressive Störung teilweise remittiert sei. Andere Befunde, insbesondere im körperlichen Bereich, hätten sich, soweit dies den Befundunterlagen entnommen werden könne, in den letzten sieben Jahren nicht nennenswert verändert. Der Grad der Arbeitsfähigkeit sei insgesamt im Längsschnitt betrachtet in den letzten sechs Jahren etwa gleich geblieben, ohne dass damit kurzfristige Verbesserungen oder Verschlechterungen ausgeschlossen seien (Urk. 7/56/63).

4.

4.1 Die IV-Stelle geht insbesondere gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 16. Oktober 2008 (Urk. 7/56) und die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Diensts (RAD) vom 30. Oktober 2008 (Feststellungsblatt für den Beschluss vom 15. Dezember 2008; Urk. 7/59/4) davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht in rentenrelevanter Hinsicht verschlechtert und diese somit weiterhin lediglich Anspruch auf eine halbe Rente habe (Urk. 2). Demgegenüber ist X. im Wesentlichen unter Verweis auf ihre behandelnde Psychiaterin Dr. B. der Ansicht, dass nicht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden könne, sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe, weswegen sie nicht mehr arbeiten könne und folglich Anspruch auf eine ganze Rente habe (Urk. 1).

4.2. Das Gutachten der MEDAS vom 16. Oktober 2008 ist ausföhrlich, erwöhnt und beröcksichtigt namentlich die (in Erw. 3.2 hievör) auszugsweise aufgeföhrten Vorakten (Urk. 7/56/2-11) und enthölt Teilgutachten aus den Bereichen Allgemeine Medizin, Rheumatologie (Urk. 7/56/40-45) und Psychiatrie (Urk. 7/56/46-63). Dennoch stellt es keine hinreichende medizinische Beurteilungsgrundlage för die Beantwortung der Frage nach dem Gesundheitszustand und der Arbeitsföhigkeit der Beschwerdeföhrerin, namentlich in angepasster Tötigkeit, ab 13. September 2006 dar (vgl. oben Erw. 1.4). Die Gesundheit der Beschwerdeföhrerin ist sowohl in psychischer als auch in rheumatologischer Hinsicht beeintröchtigt und Zusammenhänge respektive Wechselwirkungen zwischen diesen medizinischen Fachrichtungen sind augenscheinlich. Die IV-Stelle holte denn mit dem MEDAS-Gutachten auch eine polydisziplinäre medizinische Grundlage zu den Akten, die sich allerdings genau in diesem Punkt als mangelhaft erweist: Das Gutachten besteht zwar wie erwöhnt aus Teilgutachten aus allen relevanten medizinischen Fachrichtungen, es fehlt jedoch an einer konsiliarischen Beratung respektive enthölt das Gutachten in der Zusammenfassung lediglich eine auszugsweise Wiedergabe der Teilgutachten, es wird jedoch nicht auf allföllige Beeinflussungen der verschiedenen Bereiche untereinander eingegangen. Vor dem Hintergrund, dass der psychiatrische Teilgutachter zum Schluss kam, aus rein psychiatrischer Sicht betrage die quantitative Einschränkung der Arbeitsföhigkeit 50 %, und der rheumatologische Teilgutachter die Restarbeitsföhigkeit der Versicherten in einer leidensangepassten Tötigkeit mit vier bis fönf Stunden pro Tag, und damit ebenfalls etwa 50 % bezifferte, kann ohne weitere Begröndung nicht nachvollzogen werden, wieso interdisziplinär ebenfalls von einer 50%igen Arbeitsföhigkeit ausgegangen wurde. Dass eine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustandes und Klörung der Frage der Arbeitsföhigkeit letztlich nur unter gleichzeitigem und koordiniertem Einbezug aller relevanten medizinischen Fachrichtungen möglich ist, zeigt auch, dass die berichtenden Ärzte einstimmig bemerken, dass die Gesundheit der Versicherten jeweils auch in weiteren medizinischen Bereichen eingeschrökt sei.

Ungenögend erweist sich denn das Gutachten respektive die ihm zugrunde liegende rheumatologische Untersuchung betreffend die Diagnose eines allfölligen CTS, hölt der rheumatologische Gutachter der MEDAS hiezu lediglich fest, dass das Vorliegen eines solchen durch den Neurologen Dr. D. ___ zwar ausgeschlossen worden, die aktuelle Symptomatik diesbezöglich jedoch nicht eindeutig und somit weiterhin unklar sei, ob ein CTS vorliege.

Nicht hinreichend beantwortet blieben schliesslich Fragen nach Auspröfung, Relevanz und insbesondere Dauer der namentlich in den Berichten Dr. B. ___s vom 26. November 2007 (reidivierende depressive Stöfung, gegenwörtig schwerer, andauernder Zustand) und Dr. E. ___s vom 4. Januar 2004 (depressives Zustandsbild möglich) beschriebenen depressiven Symptomatik. Der psychiatrische Gutachter der MEDAS föhrte denn auch aus, es sei möglich, dass schwerergradige depressive Episoden mit stärker eingeschröktter Arbeitsunföhigkeit bestanden hätten, er äussert sich jedoch namentlich nicht zur jeweiligen Dauer, was Angesichts der Tatsache, dass eine Verbesserung oder eine Verschlechterung der Erwerbsföhigkeit (vgl. dazu Art. 88a der Verordnung öber die Invalidenversicherung) bereits nach drei Monaten den Invaliditötsgrad beeinflussen kann und die einzelnen Episoden einer reidivierenden depressiven Stöfung zwischen drei und zwölf Monaten dauern (im Mittel etwa sechs

Monate; Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 6. Aufl., S. 155 f.), vorliegend von Bedeutung ist.

Am eingeschränkten Beweiswert des MEDAS-Gutachtens vom 16. Oktober 2008 vermag nichts zu ändern, dass der hinsichtlich der sich vorliegend stellenden Fragen fachfremde Arzt des RAD (Dr. med. K. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie) die betreffende Expertise in seiner Stellungnahme vom 30. Oktober 2008 als umfassend und nachvollziehbar bezeichnete (zum Beweiswert eines ärztlichen Berichts bei fehlender fachspezifischer Qualifikation vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. November 2007, 9C_341/2007, Erw. 4.1 mit Hinweisen).

4.3 Auf der anderen Seite kann das Rentenerhöhungsgesuch der Versicherten auch nicht ohne weitere medizinischen Abklärungen gutgeheissen werden. Alleine die Tatsache, dass neue Erkrankungen in Form einer somatoformen Schmerzstörung, einer sozialen Phobie und einer rezidivierenden depressiven Störung hinzugekommen seien (Urk. 1 S. 4), vermag keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu begründen. Eine psychiatrische Diagnose für sich allein genommen lässt nämlich keinen Schluss auf die gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu (vgl. BGE 132 V 69 Erw. 3.4) und das alleinige Abstellen auf Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist nur zulässig, wenn diese ein stimmiges und vollständiges Bild des Gesundheitszustandes abgeben (Urteil des Bundesgerichtes vom 5. September 2007, I 828/06, Erw. 4.3, mit Hinweisen), was bereits aufgrund der Diskrepanzen zwischen den Beurteilungen der behandelnden Ärzte (Dr. B. ____, Dr. E. ____, Dr. C. ____) scheitert. Ferner ist bezüglich der übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen festzuhalten, dass was Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten betrifft - auch ohne konkrete Anhaltspunkte - der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc). Wie die Fachärzte der MEDAS feststellten, wurden im Bericht des F. ____, vom 13. Juni 2008 von der Versicherten berichtete Diagnosen übernommen, die gemäss dem Hausarzt Dr. C. ____, ausgeschlossen (koronare Herzkrankheit) respektive dessen Angaben zufolge nicht bestätigt (Myokardinfarkt) worden waren. Weiter legten die MEDAS-Gutachter nachvollziehbar dar, dass dieser Bericht von einer neurologischen Symptomatik ausgehe (Reizsyndrom L5, intermittierende Kompression L4/5), die nach Symptomverlauf, Bildgebung, früheren neurologischen Untersuchungsergebnissen sowie aktuellen neurologischen Befunden sehr unwahrscheinlich sei. Weiter legte der psychiatrische Gutachter der MEDAS begründet dar, wieso die von Dr. B. ____, (neben Depression und Soziophobie) erhobenen Diagnosen (generalisierte Angststörung, Anpassungsstörung) gemäss der ICD-10-Taxonomie ausgeschlossen seien und den Krankheitsverlauf nicht wiedergeben würden und dass sich präpsychotische oder psychotische Symptome in den Befundbeschreibungen nicht wiederzufinden seien und sich aktuell nicht bestätigen liessen (Urk. 7/56/37), was zumindest Zweifel an diesen Diagnosen aufzukommen lassen vermag.

4.4 Nach dem Gesagten kann das Rentenerhöhungsgesuch der Versicherten nicht ohne weitere Abklärung deren Gesundheitszustandes aus mindestens bidisziplinärer Sicht (psychiatrisch und rheumatologisch) beurteilt und die einen höheren als einen Anspruch auf eine halbe Rente verneinende Verfügung der IV-Stelle vom 19. Februar 2009 folglich nicht geschätzt werden. Soweit auf die Beschwerde

einzutreten ist, ist sie in dem Sinne gutzuheissen, dass die Angelegenheit zu weiterer Abklärung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückzuweisen ist.

5. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG, in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird, soweit darauf einzutreten ist, in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. Februar 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christina Ferritto-Keller
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.