

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00601 vom 30. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00601

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00601 du 30 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00601 del 30 novembre 2010

Erwägungen

E. 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 Übergangsrechtliche 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). Die angefochtene Verfügung ist am 23. April 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt

zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

Â Â Â Â Â Â Â Â 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).

1.3 Â Â Â Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.4 Â Â Â Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.5 Â Â Â Â Â Â Â Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der

Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 S. 232; 125 V 351 Erw. 3a S. 352).

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin machte geltend, gemäss medizinischen Abklärungen sei der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin mit einer Leistungseinbusse von 20 % vollschichtig zumutbar. Dies ergebe einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % (Urk. 2, Urk. 7).

2.2 Dem hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen, das Gutachten des Z.____ vom 23. Oktober 2007 berücksichtige nur die gesundheitliche Entwicklung bis zum 21. März 2007. Nicht miteinbezogen in die gutachterliche Beurteilung sei damit die Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin vom 20. Dezember 2007 bis 20. Februar 2008 stationär in der Klinik A.____ der B.____ aufgehalten habe sowie vom 2. Mai bis 7. Juli 2008 tageslich in die psychiatrische Klinik C.____ habe begeben müssen (Urk. 1 S. 3). Weiter weise das Gutachten des Z.____ eine mangelhafte Befundaufnahme sowie eine unvollständige Diagnosestellung auf und setze sich nicht materiell mit den in den Akten vorhandenen Berichten der verschiedenen Kliniken und Ärzten auseinander (Urk. 1 S. 4 f.).

2.3 Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zur Recht abgewiesen hat.

E. 3.1

3.1.1 Die Ärzte des Spitals D.____, welche die Beschwerdeführerin im Rahmen der interdisziplinären Schmerzprechstunde neurologisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersuchten, diagnostizierten im Bericht vom 25. Januar 2005 (Urk. 9/13/6-10) (1) ein chronisches cervikocephales und thoracovertebrales Schmerzsyndrom bei/mit Status nach indirekter Traumatisierung der HWS am 26. Mai 1999 sowie Fehlf orm und Fehlhaltung der Wirbelsäule (S-förmige Skoliose, Hyperkyphose der Brustwirbelsäule [BWS], Hyperlordose der HWS, Kopfprotraktion, Haltungsinsuffizienz) und (2) ein mittelgradig depressives Zustandsbild mit ausgeprägtem somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Sie hielten weiter fest, neurologisch fänden sich aktuell keine klinischen Hinweise für eine medulläre, radikuläre oder periphere Ausfallssymptomatik. Aus rheumatologischer Sicht könnten die Schmerzen mindestens teilweise durch die Fehlf orm und Fehlhaltung der Wirbelsäule und die Verspannungen erklärt werden. Es sei anzunehmen, dass es im Verlaufe der Jahre zu einer Dekonditionierung gekommen sei. Im psychischen Befund seien eindeutige Zeichen einer ausgeprägten depressiven Stimmungslage erkennbar, welche wahrscheinlich im Rahmen des Zustandsbildes ihren Ausdruck auch in einem somatischen Syndrom fänden. Als Prozedere schlugen die Ärzte vor, auf eine regelmässige körperliche Aktivität im tageslichen Leben zu achten und die antidepressive Therapie in Begleitung der Psychotherapie unbedingt weiterzuführen. Wünschenswert wäre für die Beschwerdeführerin zudem ein Rehabilitationsaufenthalt in der psychosomatischen Abteilung der Klinik E.____ (Urk. 9/13/9).

erhoben (Urk. 9/42/15). Die letzte Tätigkeit als Produktionsarbeiterin sei laut den Angaben der Beschwerdeführerin eine leichte Tätigkeit, weshalb durch Verweisungstätigkeiten keine höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei. Den subjektiv geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin entsprechend im Vordergrund stehe die unklare Situation bezüglich des von ihr geklagten Unfalls von 1999 mit konsekutiven zervikozephalen Beschwerden. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung könnten diese Beschwerden zur Kenntnis genommen werden. Klinisch fanden sich aktuell wie auch früher keine neurologisch objektivierbaren Befunde. Ungeeignet seien Tätigkeiten, welche über Kopf oder in Zwangshaltungen durchgeführt würden sowie solche mit repetitivem Lastenheben über 10 und vereinzelt 15 Kilogramm. Bei somatisch nicht oder nicht ausreichend erklärbaren Befunden für die subjektiv geklagten Beschwerden stehe die psychiatrische Evaluation im Vordergrund. Da die diagnostischen Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht vorhanden seien, könne beschreibend eine Schmerzverarbeitungsstörung festgestellt werden. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig einer leichten Episode entsprechend, und eine Hyperventilationsstörung. Daraus resultiere aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 %. Aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht seien keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen ersichtlich, welche die Arbeitsfähigkeit tangierten. Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht, dass der Beschwerdeführerin körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten mit einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit zumutbar seien. Dies könne mit einem vollschichtigen Pensum realisiert werden bei einer Leistungseinbusse von 20 % aus psychiatrischer Sicht (Urk. 9/42/16).

E. 3.1.10

Gemäss Austrittsbericht der B. ___ vom 3. März 2008 (Urk. 9/55) befand sich die Beschwerdeführerin vom 20. Dezember 2007 bis 20. Februar 2008 in stationärer Behandlung in der Klinik A. ___ der B. ___. Als Austrittsdiagnosen hielten die behandelnden Ärzte eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), fest (Urk. 9/55/1). Sie vermerkten, dass trotz grossem Leidensdruck wenig Motivation zur aktiven Teilnahme an therapeutischen Massnahmen beobachtbar gewesen sei. Die Beschwerdeführerin verfüge über wenig Introspektionsfähigkeit, Selbstwertgefühl und Möglichkeit zur Selbstsorge. So sei es nicht gelungen, die Funktionalität der Beschwerden zu ergreifen und zu bearbeiten. Der Zustand habe sich daher nur etwas in Bezug auf die depressiven und psychotischen Symptome verbessert, jedoch kaum in Bezug auf Aktivitätsaufbau und Angstbewältigung. Als Ressource könne die intakte Familienstruktur gelten, wobei nicht klar geworden sei, wie die Beschwerdeführerin diese bewerte (Urk. 9/55/4).

E. 3.1.11

Vom 5. Mai bis 7. Juli 2008 besuchte die Beschwerdeführerin tageslang die Klinik C. ___. Im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2008 (Urk. 8/1) führten die behandelnden Ärzte und Fachpersonen als Schlussdiagnose eine phobische Störung mit sozialphobischen Komponenten (ICD-10 F40.8) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), auf. Der Beschwerdeführerin sei es kurzfristig gelungen, von einzelnen Therapien zu profitieren. Im weiteren Verlauf habe sie

jedoch zunehmend mit \hat{A} Rückzug \hat{A} auf Symptomebene (Schmerzen, soziale Ängste) reagiert, was als innerer Widerstand, sich mit ihren, die Grunderkrankung stützenden Grundkonflikten auseinanderzusetzen, zu werten sei. Aufgrund der anamnestischen Kenntnisse (insbesondere der Mutterbeziehung) sei zu vermuten, dass die Beschwerdeführerin sehr unsicher bezüglich der Übernahme von Verantwortung und partnerschaftlich ängstlich gebunden lebe. Die pendente und symptomhaltende Komponente werde nochmals in der Art des abrupten Behandlungsabschlusses deutlich, den die Beschwerdeführerin aufgrund eines gewünschten Urlaubs mit der Familie initiiert habe. Aufgrund der inneren Widerstände sei die Bearbeitung ihrer Konflikte zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich (Urk. 8/1 S. 4).

E. 3.2

3.2.1 \hat{A} In somatischer Hinsicht stehen sowohl die Diagnosen wie auch die Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter des Z. ___ in Einklang mit den übrigen medizinischen Akten (Urk. 9/13/1-5, Urk. 9/13/6-10, Urk. 9/13/16-21, Urk. 9/13/22-23, Urk. 9/42). \hat{A} bereinstimmend wurden die geklagten Beschwerden überwiegend auf eine im Verlaufe der Jahre fortschreitende Dekonditionierung zurückgeführt, welche durch entsprechende Trainings bzw. Therapien behoben werden kann. Dementsprechend sind sie bei der Beurteilung der Invalidität, welche definitionsgemäss auf Dauer beruht (Art. 8 ATSG), grundsätzlich ausser Acht zu lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 15. März 2006 in Sachen M., I 884/05, Erwägung 2.2). Die Einschätzung der Gutachter, wonach sie keine Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren, adaptierten Tätigkeit zeitigen, ist daher nicht zu beanstanden und blieb auch unbestritten (Urk. 1, Urk. 2).

3.2.2 \hat{A} In psychiatrischer Hinsicht ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin gemäss Einschätzung des Z. ___ vom 23. Oktober 2007 (Urk. 9/42/15) an einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichter Episode sowie einer Hyperventilationsstörung oder im Gegensatz dazu an einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradiger bis schwerer Episode und einer Panikstörung leidet. Für erstere Qualifikation sprechen die schlüssigen gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. J. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vorgetragene Kritik (Urk. 1 S. 5 Ziff. 10 - 16) beruht das Gutachten des Z. ___ auf sorgfältigen und eingehenden fachspezifischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden gebührend und wurde - entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin - in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Diagnosen gestellt sowie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Damit kommt dem Gutachten grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.5). So führte Dr. J. ___ zur depressiven Störung aus, sie sei zur Zeit leichtgradig ausgeprägt. Mit Hilfe der Medikamente könne die Beschwerdeführerin gut schlafen. Sie sei psychisch vermindert belastbar und es bestehe ein sozialer Rückzug. Sie könne sich nicht mehr richtig freuen. Die Libido sei vermindert. Suizidalität sei nicht vorhanden. Im Vordergrund stehe ein regressives Zustandsbild. Die Beschwerdeführerin ziehe sich in ihr Bett zurück und gestalte ihren Alltag passiv (Urk. 9/42/11). In der Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen hielt Dr. J. ___ fest, die Beschwerdeführerin werde seit Jahren

ambulant psychiatrisch behandelt. Der zur Zeit behandelnde Psychiater diagnostizierte eine schwere depressive Störung und gehe von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus. Die Beschwerdeführerin sei auch stationär in der Psychiatrischen Klinik H.____ behandelt worden. Dort sei eine langfristige Arbeitsfähigkeit von 70 % angenommen worden. Wie erwähnt stehe bei der Beschwerdeführerin die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung im Vordergrund. Sie gehe nicht adäquat mit ihren Schmerzen um, fühle sich durch sie mehr beeinträchtigt, als dies den objektiven Tatsachen entspreche. Eine schwere depressive Störung liege nicht vor. Eine aktivere Tagesgestaltung und auch allenfalls die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit hätten einen günstigen Einfluss auf den weiteren Verlauf. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten nur leichte depressive Verstimmungen festgestellt werden können. Aus psychiatrischer Hinsicht könne daher nur eine geringgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Urk. 9/42/12). Diese Einschätzung von Dr. J.____ erscheint insbesondere auch im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach die unterschiedliche Wertung der depressiven Episode (leicht oder schwer) und die daraus abgeleitete Arbeitsfähigkeit aus der Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits resultiert (Urteil des Bundesgerichts vom 6. September 2010 in Sachen D., 8C-275/2010, Erw. 3.3), schlüssig. Kommt hinzu, dass auch die behandelnden Ärzte teilweise unterschiedliche Beurteilungen vornahmen. So ging Dr. F.____ im Bericht vom 6. April 2005 (Urk. 9/14) von einer schweren depressiven Entwicklung, einem stationären Gesundheitszustand, ausgeschöpften therapeutischen Möglichkeiten und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus, wohingegen sich die Beschwerdeführerin gleichzeitig in stationärer Behandlung in der E.____ befand. Die dortigen Ärzte erachteten die depressive Störung als derzeit mittelschwer, empfahlen dringend die Fortsetzung der psychotherapeutischen Begleitung und nannten den beruflichen Wiedereinstieg als anstrengenswert. Sie attestierten zwar für weitere drei Wochen, voraussichtlich längerfristig, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, ersahen jedoch eine langsame Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess mit reduzierter Arbeitsfähigkeit als diskutabel (Urk. 9/13/1-5). Zu einer weiteren abweichenden Einschätzung kam Dr. G.____ im Bericht vom 3. Juli 2005. Auch er ging von einer mittelschweren depressiven Störung aus, bezifferte jedoch die Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsbereich mit 50 bis 60 % (Urk. 9/15/6). Im Bericht vom 14. Januar 2006 diagnostizierte Dr. G.____ eine derzeit schwer ausgeprägte depressive Störung mit psychotischen Symptomen (Urk. 9/27/3). Gleichzeitig schlossen die Ärzte der Klinik H.____ auf eine mittelgradige depressive Störung. Zudem prognostizierten sie eine maximale Arbeitsfähigkeit von 70 % (Urk. 9/28). Damit ist insgesamt nicht dargetan, weshalb es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht nicht zuzumuten ist, zu 80 % einer ihren körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit nachzugehen (vgl. BGE 131 V 49 Erw. 1.2 S. 50 mit Hinweisen). Die - von der Beschwerdeführerin als lediglich pauschale Auseinandersetzung mit den in den IV-Akten vorhandenen Berichten der verschiedenen Kliniken und Ärzten kritisierte - Beurteilung von Dr. J.____, bei einer rezidivierenden depressiven Störung komme es üblicherweise zu intermittierend höhergradigen Ausprägungen, was jedoch noch keine Evidenz sei, dass die Depression langanhaltend hochgradig ausgeprägt gewesen sei, fehlten in diesen Berichten auch Angaben zur Schmerzverarbeitungsstörung, Selbstlimitierung und subjektiven

Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin (Urk. 9/42/16), erscheint daher als schlüssig. Dafür sprechen auch die diversen stationären Behandlungen, welche aufgrund mangelnder Kooperation und/oder frühzeitigem Abbruch keinen Erfolg zeigten (vgl. Berichte der B. ___ vom 3. März 2008, Urk. 9/55/4; der Klinik H. ___ vom 19. April 2006, Urk. 9/13/18; des C. ___ vom 2. Oktober 2008, Urk. 8/1 S. 3 f.).

Auch in Bezug auf die von den behandelnden Ärzten als Panikstörung, von Dr. J. ___ jedoch lediglich als Hyperventilationsstörung im Rahmen der depressiven Störung qualifizierten Beschwerden, vermag das Gutachten zu überzeugen. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin versäumte Dr. J. ___ nicht etwa eine vollständige Diagnosestellung, sondern ersah die Angstsymptome im Zusammenhang mit der Depression und qualifizierte sie - wohl nicht zuletzt auch aufgrund des subtherapeutischen Serumspiegels für das verordnete Neuroleptika (Urk. 9/42/8) - als Hyperventilationsstörung, welche überwindbar wäre, wenn sich die Beschwerdeführerin wieder daran gewöhnte, sich im sozialen Kontext zu bewegen (Urk. 9/42/12). Damit fanden die diesbezüglichen Befunde durch die geschätzte 20%ige Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht durchaus ihre Beurteilung. Die von der Beschwerdeführerin angeführte divergierende Diagnosestellung der behandelnden Ärzte stehen der Einschätzung von Dr. J. ___ nicht entgegen. Exemplarisch seien hier die Berichte der Klinik H. ___ vom 19. April 2006 (Urk. 9/13/16-21), der B. ___ vom 3. März 2008 (Urk. 9/55) sowie des C. ___ vom 2. Oktober 2008 (Urk. 8/1) erwähnt. Die Ärzte der Klinik H. ___ führten zwar die Panikstörung als eigenständige Diagnose auf und beschrieben sie als soziophobische Ängste und Angstattacken mit vegetativer Begleitsymptomatik, jedoch stand bei der diagnostischen Beurteilung klar die Depression im Vordergrund (Urk. 9/13/17-18). Die Berichte der B. ___ und des C. ___ erschöpfen sich überwiegend im Beschreiben des Therapieverlaufs. Ihnen sind denn auch keinerlei Anhaltspunkte zu entnehmen, wonach die Angstsymptomatik nicht überwindbar wäre. Vielmehr wird mehrmals auf das Vermeidungsverhalten und die Rückzugstendenz der Beschwerdeführerin hingewiesen (Urk. 9/55/3, Urk. 8/1 S. 3 f.). Im Übrigen sagt die Diagnose allein noch nichts darüber aus, ob eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG vorliegt. Vielmehr muss in jedem Einzelfall eine dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 129 V 298 Erw. 4.c). Rechtsprechungsmässlich führen daher mehr Diagnosen nicht zwingend auch zu einer höheren Arbeitsunfähigkeit. Diesbezüglich kann auf die prognostizierte Arbeitsfähigkeit von maximal 70 % der Ärzte der Klinik H. ___ verwiesen werden, welche trotz diagnostizierter Panikstörung weitgehend mit der von Dr. J. ___ attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 % übereinstimmt.

Auch die weiteren Einwendungen der Beschwerdeführerin, wonach die Begutachtungsdauer keine umfassende und abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zulasse und das Gutachten die gesundheitliche Entwicklung nach dem 21. März 2007 im Zusammenhang mit den erneuten stationären Behandlungen nicht berücksichtige, vermögen die im Z. ___-Gutachten gemachten Feststellungen nicht zu widerlegen. Zum einen kann von der Dauer der Untersuchung nicht auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen Stellungnahme geschlossen werden (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 20. Januar 2006 in Sachen F., I 748/05, Erw. 2.2.4). Zum anderen befand sich die Beschwerdeführerin bereits früher in stationärer

psychiatrischer Behandlung und gab Dr. J. ___ seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Kenntnis dieser Aufenthalte und der entsprechenden Austrittsberichte der Klinik H. ___ und des D. ___ ab. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist daher davon auszugehen, dass die Aufenthalte in der B. ___ und dem C. ___ zu keiner wesentlich anderen Beurteilung des medizinischen Sachverhalts führt und der Beschwerdeführerin grundsätzlich eine Arbeitstätigkeit zu 80 % zumutbar ist. Im Zusammenhang mit dem eingereichten Bericht von Dr. I. ___ vom 14. November 2009 (Urk. 18), mit welchem die Beschwerdeführerin über ihre erneute Mutterschaft eines drei Monate alten Buben und der Überforderung im Zusammenhang mit dessen Betreuung informiert, ist vorweg festzuhalten, dass das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 2. April 2009, Urk. 2) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 130 V 445 Erw. 1.2, 129 V 4 Erw. 1.2, 129 V 169 Erw. 1, 129 V 356 Erw. 1, je mit Hinweisen). Dementsprechend ist diese Information nur insoweit zu berücksichtigen, als sie etwas zur Feststellung des rechtlich massgebenden Sachverhalts im Zeitraum bis zum 23. April 2009 beizutragen vermag, was jedoch nicht der Fall ist. So bedeutet die erneute Mutterschaft für sich allein noch keine andere Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und bestätigt Dr. I. ___ selber, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin weiterhin gleich präsentiert.

3.2.3.3 Aufgrund der überzeugenden Feststellungen im Gutachten des Z. ___ kann somit ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin zuzumuten ist, zu 80 % einer ihren körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit nachzugehen. Weitere Beweiserhebungen erscheinen daher unnötig (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Dezember 2006 in Sachen L., 8C-468/2007, Erw. 5.2.2, mit Hinweisen).

4. Da die Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht nach wie vor in der Lage ist, ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin bei der Y. ___ im Umfang von 80 % zu versehen, genügt für die Ermittlung des Invaliditätsgrades die Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen (BGE 114 V 313 Erw. 3a, 107 V 22, 104 V 136 Erw. 2a und b). Daraus resultiert bei einem Arbeitspensum von 100 % ohne Behinderung und einem solchen von 80 % mit Behinderung eine Einschränkung von 20 %, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % entspricht.

Die Beschwerde ist daher vollumfänglich abzuweisen.

5. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- AXA-ARAG Rechtsschutz AG

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 17 und einer Kopie von Urk. 18

- 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.