

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00204 vom 21. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00204](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00204)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00204 du 21 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00204 del 21 novembre 2012

## Erwägungen

### E. 1

Die 1967 geborene X.\_\_\_\_, ohne erlernten Beruf, übernahm verschiedene Erwerbstätigkeiten aus und arbeitete zuletzt seit 2004 als Produktionsmitarbeiterin (Flaschensortiererin) in einem Recycling-Unternehmen. Im April 2008 wurde sie von ihrem Hausarzt unter Hinweis auf ein Schulter-Arm Syndrom zur Frühherfassung angemeldet (Urk. 7/1), wobei in der Folge keine Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden konnten (Urk. 7/19, Urk. 7/26) und das Arbeitsverhältnis per Ende September 2008 aufgelöst wurde (vgl. Urk. 7/17). Am 29. Juli 2008 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine seit 6. November 2007 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/8). Die IV-Stelle tätigte Abklärungen in erwerblicher (Urk. 7/17) und in medizinischer Hinsicht, holte Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/15 und Urk. 7/23) und veranlasste eine interdisziplinäre Abklärung der Versicherten durch das Z.\_\_\_\_ (Z.\_\_\_\_, Gutachten vom 5. August 2009, Urk. 7/31). Am 15. Oktober 2009 erliess die IV-Stelle einen Vorbescheid, mit welchem sie den Anspruch der Versicherten auf eine IV-Rente verneinte (Urk. 7/36). Nachdem die Versicherte am 4. Dezember 2009 unter Einreichung eines Berichts der A.\_\_\_\_ vom 9. März 2009 (Urk. 7/42) gegen den Vorbescheid hatte Einwand erheben lassen (Urk. 7/39 und Urk. 7/43) und die Gutachter dazu sowie zu den im Rahmen des rechtlichen Gehörs von der Versicherten getätigten weiteren Eingaben (vom 1. Juni 2010, Urk. 7/50, und vom 27. Juli 2010, Urk. 7/55) jeweils Stellung bezogen hatten (Urk. 7/48, Urk. 7/52 und Urk. 7/59), hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Januar 2011 daran fest, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Urk. 7/64 = Urk. 2).

### E. 2

Dagegen lässt die Versicherte hierorts mit Eingabe vom 21. Februar 2011 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit den Rechtsbegehren, es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Januar 2011 aufzuheben (1.), es sei der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären und danach der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (2.), unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (3., Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 31. März 2011 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Versicherten am 1. April 2011 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; 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).

1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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).

1.3 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 konnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen konnte, 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in

welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Die 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 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

## 2. Die ÄÄÄÄÄÄ

2.1 ÄÄÄÄ Die Verwaltung hatte die angefochtene Verfügung im Wesentlichen damit begründet, dass in der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin seit dem 6. November 2007 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % und ab 24. Juli 2009 eine solche von 75 % bestehe. Die Einschränkung liege damit bei 20 % bzw. 25 %. Für eine angepasste Tätigkeit sei ab dem 6. November 2007 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgewiesen. Da die Arbeitsunfähigkeit unter 40 % liege, begründe dies keinen Anspruch auf eine Invalidenrente, woran auch der nachgereichte Bericht der A. \_\_\_ nichts zu ändern vermöge (Urk. 2).

2.2 ÄÄÄÄ Dagegen lässt die Versicherte im Wesentlichen geltend machen, dass sie in einem geringeren Umfang arbeitsfähig sei. Da widersprüchliche ärztliche Angaben bezüglich der Restarbeitsfähigkeit vorliegen und wesentlich die Leistungsfähigkeit der Versicherten beeinflussende Krankheiten nicht die erforderliche Berücksichtigung erhalten hätten, sei der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt (Urk. 1).

## E. 3

Leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom

Die verantwortlich zeichnenden Ärztinnen führten im Wesentlichen aus, bei Eintritt habe die Versicherte über Schulterschmerzen beidseits berichtet, welche 2007 begonnen hätten und in alle Finger ausstrahlten. Häufig käme es zu Kribbelparästhesien in den Fingern. Mittlerweile trete auch eine Schmerzausstrahlung in den Nacken auf, zusätzlich beständen Schmerzen im Bereich der LWS mit Schmerzausstrahlung ins linke Bein. Aufgrund der seit langem bestehenden Schmerzproblematik sei die Versicherte in das Schmerzprogramm aufgenommen worden.

Im multimodalen Therapieprogramm sei der therapeutische Schwerpunkt auf die Verbesserung der Schmerzverarbeitung, unter anderem durch Erlernung eines Entspannungsverfahrens, sowie auf die muskuläre Kräftigung und Detonisation gelegt worden. Es sei im Verlauf zu einer Verbesserung der Beweglichkeit gekommen, jedoch nicht zu einer Modulation der Schmerzintensität. Mit der Patientin sei eine schmerzdistanzierende Therapie mit Cymbalta diskutiert worden, womit diese einverstanden gewesen sei. Aus rheumatologischer Sicht bestehe formal eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten (Urk. 7/42).

### E. 3.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, behandelnde Fachärztin FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, spez. Rheumatologie, erhob in ihrem Bericht an die IV-Stelle vom 1. Dezember 2008 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Schulter-Armsyndrom rechtsbetont mit/bei
- PHS tendopathica rechts
- Zervikothorakospondylogenes Syndrom rechtsbetont mit Verdacht auf Instabilität C3/4
- Dysfunktion C5/6 (mediane Diskushernie HWK 4/5 und HWK 5/6 5.3.08)
- Epikondylopathia humeri radialis und ulnaris beidseits
- DD:- seronegative Arthropathie (Psoriasis sine Psoriasis) Szinti vom 25.6.08)
- Myofaszielles Schmerzsyndrom, 13 von 18 möglichen Tenderpoints positiv, Weichteilproblematik
- Psychosomatische Komponente
- Lumbospondylogenes Syndrom linksbetont mit/bei
- WS-FF: S-förmige Skoliose
- WS-FH: SIG Funktionsstörung rechts, muskuläre Dysbalance
- Thorakospondylogenes Syndrom beidseits mit
- Dysfunktion der mittleren BWS
- Anteriore Knieschmerzen beidseits bei
- Möglicherweise beginnender Arthrose
- Muskulärer Dysbalance
- Hypothyreose bei
- Status nach subtotaler Thyreoidektomie beidseits 1997

Dr. C.\_\_\_\_ gab zur Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen an, seit November 2007 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Die Prognose sei ungewiss, es sei eine stationäre intensive Rehabilitation geplant, der weitere Verlauf werde zeigen, ob dadurch eine Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden und damit die Arbeitsfähigkeit über 25 % - möglicherweise 50 % gesteigert werden könne (Urk. 7/23).

### E. 3.3

Im Bericht der A.\_\_\_\_, Fachklinik für Rehabilitation, Rheumatologie und Osteoporose vom 9. März 2009, wo sich die Versicherte vom 5. Februar bis zum 3. März 2009 zur stationären Rehabilitation aufgehalten hatte, stellten die für den Bericht verantwortlich zeichnenden Ärztinnen folgende Diagnosen:

- 1. Generalisiertes Schmerzsyndrom rechtsbetont, DD: Periarthropathia humeroscapularis tendopathica rechts
- Mediane Diskushernie HWK4/5 und HWK5/6 ohne Nervenwurzelkompression 5.3.2008,
- Epicondylopathia humeri radialis und ulnaris beidseits
- Lumbospondylogenes Syndrom linksbetont mit/bei
- Wirbelsäulenfehlform: S-förmige Skoliose
- Wirbelsäulenfehlhaltung: SIG-Funktionsstörung rechts, muskuläre Dysbalance
- Thorakospondylogenes Syndrom beidseits mit
- Dysfunktion der mittleren BWS
- Gonalgien beidseits bei
- möglich beginnender Arthrose
- muskulärer Dysbalance
- 2. Hypothyreose bei
- Status nach subtotaler Thyreoidektomie beidseits 1997
- 

### E. 3.4

In ihrem Gutachten vom 5. August 2009 erhoben die für das Gutachten der Z.\_\_\_\_ verantwortlich zeichnenden Ärzte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/31 S.22):

- Epicondylopathia medialis und lateralis rechts und links
- Discushernie L4/5 mit Duralsackkompression und massive Spondylarthrose L4-S1
- Adipositas
- Neurasthenie bestehend seit ca 2007, ICD-F48.0
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit 2007, ICD-F45.4

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine Cervikobrachialgie beidseits, leichte laterale OSG-Bandinstabilität links sowie einen Status nach Thyreoidektomie (Urk. 7/31 S. 22).

Die Gutachter führten in ihrer interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung im Wesentlichen aus, die Versicherte leide seit 2007 an therapieresistenten Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die BWS, in beide Schultern sowie an Schmerzen am Ellbogen medial und lateral rechts und links, und an lumbalen Schmerzen, die sich

rechts stärker als links ins Kniegelenk fortsetzen. Da die Versicherte eine tiefe Schmerzschwelle aufweise, seien die bei der Untersuchung erhobenen Befunde nur eingeschränkt verwendbar. Die Nackenschmerzen könnten bei normalem radiologischen Befund nicht nachvollzogen werden und auch die von der Rheumatologin beschriebene mediane Diskushernie C4/5 und C5/6 könne im jetzigen MRI nicht mehr nachgewiesen werden. Die Ellbogenschmerzen seien als Muskelansatztendinose zu interpretieren, wobei sie nicht dem typischen Bild eines Golf- oder Tennisellbogen entsprechen. Die lumbalen Schmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der LWS könnten zumindest teilweise auf die im MRI dargestellte Diskushernie L4/5 und mässige Spondylarthrose L4-S1 zurückgeführt werden, wobei die Prognose angesichts des gleichzeitigen Übergewichts ungünstig sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht habe die Versicherte seit 2007 im Rahmen einer chronischen Schmerzsymptomatik ein neurasthenisches Beschwerdebild entwickelt. Nachdem sich im Rahmen der chronischen Schmerzsymptomatik Hinweise für eine Somatisierung mit demonstrativen Verhaltensweisen erkennen liessen, könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden. Zumal aus psychiatrischer Sicht neben den neurasthenischen Beschwerden mit vermehrter Müdigkeit, körperlichem Schwächegefühl und leichten Stimmungsschwankungen keine wesentliche psychische Störung zu erheben sei, müsse die Versicherte imstande sein, die Beschwerden, sofern sie nicht körperlich begründbar seien, mit einer zumutbaren Willensanstrengung zu überwinden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, anlässlich der gemeinsamen orthopädischen-psychiatrischen Beurteilung vom 24. Juli 2009 sei die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit bei voller Stundenpräsenz seit 2007 auf 80 % festgelegt worden, da die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität und das Durchhaltevermögen leicht beeinträchtigt seien. Seit dem Zeitpunkt der Begutachtung betrage die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit bei voller Stundenpräsenz 75 %, da aufgrund der Epicondylopathie medial und lateral am Ellbogen rechts und links sowie der Diskushernie L4/5 und der mässigen Spondylarthrose L4-S1 keine vollständige Arbeitsfähigkeit mehr zugemutet werden könne. Adaptierte Tätigkeiten könnten vollumfänglich zugemutet werden. Dabei sollte es sich um Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne erforderliche überdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit und Dauerbelastung handeln, die abwechselungsweise sitzend und stehend in temperierten Räumen ausgeführt werden können, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen werden müssten und nicht Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten und die nicht mit Kraftanwendung der Arme verbunden seien (Urk. 7/31, insbes. Ä Ä Ä S. 22 f.). Diese Tätigkeiten seien ab 2007 im genannten Umfang zumutbar (vgl. ergänzende Stellungnahme vom 10. Februar 2010; Urk. 7/48). Daran hielten die Gutachter in ihren ergänzenden Stellungnahmen vom 8. bzw. 10. Februar 2010 (Urk. 7/48), vom 24. Juni 2010 (Urk. 7/52) sowie vom 19. Oktober 2010 (Urk. 7/59) fest.

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä Das bidisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ beruht auf allseitigen Untersuchungen der Versicherten vom 3. Juni 2009 einschliesslich zahlreicher eigens hierzu veranlasster Röntgenbilder und MRI (Urk. 7/31 S. 5f.). Es berücksichtigt die von

der Versicherten geklagten Beschwerden (Urk. 7/31 S. 3f.), ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden beziehungsweise hat - was den von der Versicherten nachträglich eingereichten Bericht der A.\_\_\_\_ vom 9. März 2009 betrifft - dazu ergänzend Stellung genommen (Urk. 7/31 S. 2 f. und Urk. 7/ 48). Die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. Zudem setzten sich die Gutachter im Gutachten wie auch in ihren ergänzenden Stellungnahmen nachvollziehbar mit abweichenden Auffassungen der behandelnden Ärzte auseinander. Das Gutachten (einschliesslich der ergänzenden Stellungnahmen) erfüllt damit die von der Rechtsprechung an ärztliche Berichte und Gutachten gestellten Anforderungen (BGE 125 V 352 E. 3a), weshalb - mit untenstehender Ergänzung (E. 4.4.) - darauf abgestellt werden kann.

4.2. Sowweit die Versicherte in somatischer Hinsicht dagegen vorbringen lässt, dass im Bericht der A.\_\_\_\_ - anders als im Gutachten der Z.\_\_\_\_ - namentlich bezüglich der cervikalen - und der Schulterproblematik abweichende und mit denjenigen von Dr. C.\_\_\_\_ übereinstimmende Diagnosen gestellt worden seien (Urk. 1 S. 5), vermag dies die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. So stützten sich die verantwortlichen Ärztinnen der A.\_\_\_\_ darin (wie schon Dr. C.\_\_\_\_) auf ein Röntgenbild aus dem Vorjahr (vom März 2008), während das Gutachten der Z.\_\_\_\_ auf klinischen und aktuellen bildgebenden Untersuchungen (vom Juni und Juli 2009) beruht, welche namentlich im Bereich der Halswirbelsäule und der Schultern keine auffälligen Befunde beziehungsweise keine Diskushernien (mehr) ergaben (Urk. 7/31 S. 5 f.). Dass die behandelnde Rheumatologin bei allfällig gleichgebliebenem Zustand nach erfolgter Rehabilitation bezüglich der von ihr gestellten Differentialdiagnose noch weitere Abklärungen ins Auge fasste, wie die Beschwerdeführerin vorbringen lässt (Urk. 1 S. 5), vermag den Beweiswert ebenfalls nicht zu schmälern, ergibt sich doch aufgrund der Akten, dass die Ärztinnen der auf Rehabilitation und Rheumatologie spezialisierten Fachklinik A.\_\_\_\_ keine diesbezüglichen weiteren Abklärungen als erforderlich erachteten beziehungsweise empfohlen (vgl. Urk. 7/42 S. 2: Prozedere). Ebenso wenig überzeugt die Beanstandung der Versicherten, die Knieschmerzen hätten zu Unrecht keine Berücksichtigung gefunden und hätten nicht nur deshalb ausser Acht gelassen werden dürfen, weil sie anlässlich der Begutachtung nicht im Vordergrund standen, was umso mehr gelte, als die Begutachtung kurz nach dem Rehaaufenthalt stattgefunden habe und daher nachhaltige Aussagen zu diesem Zeitpunkt kaum möglich gewesen seien (Urk. 1 S. 6 und 7). Denn auch aus dem eingereichten Bericht der A.\_\_\_\_ ist nicht ersichtlich, dass bei Eintritt in diese Fachklinik von der Versicherten Knieschmerzen als (arbeits-)relevantes gesundheitliches Problem bezeichnet worden wäre (Urk. 7/42 S. 2). Dass der Klinikaufenthalt eine (nur) momentane Verbesserung gebracht habe und der wirkliche Gesundheitszustand im Begutachtungszeitpunkt dadurch noch verschlechtert (Urk. 1 S. 7) gewesen sei, ist dabei nicht anzunehmen, lag der (vierwöchige) Aufenthalt bei der Begutachtung doch immerhin drei Monate zurück. Im übrigen wurde während des Aufenthalts offenbar keine entscheidende Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht, da dem entsprechenden Bericht zu entnehmen ist, es sei (zwar) zu einer Verbesserung der Beweglichkeit, jedoch nicht zu einer Modulation der Schmerzintensität gekommen (Urk. 7/42).

4.3. In psychiatrischer Hinsicht wird geltend gemacht, bei psychischen Erkrankungen sei nicht in jedem Fall auf das unabhängige Gutachten abzustellen, sondern

im Einzelfall sei es möglich, dass die Berichte derjenigen Ärzte, welche die Versicherte bereits längere Zeit behandelten, ein umfassenderes Bild des Gesundheitszustandes zu vermitteln vermöchten (Urk. 1 S. 7). Doch ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt wegen psychischer Schwierigkeiten in psychiatrisch-fachärztlicher Behandlung stand. Sodann berichtete sie anlässlich der psychiatrischen Begutachtung zwar über eine wegen der Schmerzen öfters vorkommende Traurigkeit, erschwerte Konzentration und Vergesslichkeit (wegen der Schmerzen) sowie vorkommende Müdigkeit (infolge Schlafstörungen), jedoch nicht über weitere psychische Schwierigkeiten (Urk. 7/31 S. 14 und 32). Weiter finden sich auch in den übrigen - nicht psychiatrisch-fachärztlichen - medizinischen Berichten, abgesehen von (ungenauen) Hinweisen auf eine zunehmende depressive Entwicklung (Dr. B. \_\_\_\_, Urk. 7/15) beziehungsweise eine depressive Reaktion (Dr. C. \_\_\_\_, Urk. 7/23 S. 9) keine Hinweise auf beziehungsweise psychopathologische Symptome für eine von den im Gutachten gestellten Diagnosen abweichende psychiatrische Problematik. Dies gilt insbesondere auch für den Bericht der A. \_\_\_\_, in welchem zwar die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Syndrom erhoben wurde, aber die Abgabe von Antidepressiva (Cymbalta) einzig zur Schmerzdistanzierung diskutiert worden war (Urk. 7/42 S. 2). Im übrigen ist aus letzterem Bericht auch nicht ersichtlich, ob diese (psychiatrische) Diagnose überhaupt von einem Facharzt der Psychiatrie gestellt worden ist. Vor diesem Hintergrund sowie auch im Lichte der von der Versicherten geklagten Beschwerden sind die im Gutachten erhobenen psychiatrischen Diagnosen nicht in Frage zu stellen.

4.3.3. Insgesamt ist daher festzustellen, dass die von den Experten des Z. \_\_\_\_ erhobenen Diagnosen nachvollziehbar sind. Gestützt auf diese leuchtet auch die Einschätzung ein, wonach die Versicherte ab dem Gutachtenszeitpunkt in der angestammten Tätigkeit (aus somatischen Gründen) zu 75 % und in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist. Dies auch daher, als den erhobenen psychiatrischen Befunden nach der Rechtsprechung nur bei Vorliegen besonderer Umstände - der Unzumutbarkeit der Überwindung der Folgen der Erkrankungen - invalidisierender Charakter zukommt (vgl. im Einzelnen für die somatoforme Schmerzstörung: BGE 130 V 352 und analog für die Neurasthenie: Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), was vorliegend jedoch nicht bejaht werden kann: So ist keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer gegeben, was im übrigen selbst auf die im Bericht der A. \_\_\_\_ diagnostizierte leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom zuträfe, wenn sie als selbständiges, von der somatoformen Schmerzstörung und der Neurasthenie verselbständigtes Leiden anzusehen wäre. Alsdann liegt nach Lage der Akten kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor (vgl. Schilderungen der Versicherten zum Tagesablauf anlässlich der psychiatrischen Begutachtung, Urk. 7/31 S. 16); ebensowenig ist ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn, "Flucht in die Krankheit") erkennbar. Vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person kann ebensowenig gesprochen werden, zumal - wie sich aus den Empfehlungen im Bericht der A. \_\_\_\_ sowie auch der begutachtenden Experten ergibt - verschiedene

Behandlungsmöglichkeiten und medizinische Massnahmen (noch) nicht ausgeschöpft sind (vgl. Urk. 7/31 S. 23, Urk. 7/42 S. 2). Zwar liegen gewisse chronische körperliche Begleiterkrankungen vor und es ist ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung im Verfahrenszeitpunkt allenfalls im Ansatz gegeben. Doch erlauben - wie auch der psychiatrische Experte im Ergebnis dafür hielt (vgl. 7/48 S. 4) - diese massgeblichen Kriterien, von denen (höchstens) zwei erfüllt sind, in ihrer Gesamtheit nicht den Schluss, die willentliche Überwindung der Beschwerden sei der Versicherten ausnahmsweise unzumutbar.

Überzeugt jedoch die Einschätzung, wonach die Versicherte ab dem Gutachtenszeitpunkt in der angestammten Tätigkeit (aus somatischen Gründen) zu 75 % und in einer behinderungsangepassten leichten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist, und hat sich der Gesundheitszustand der Versicherten nach deren eigenen Angaben seit 2007 bis zum Begutachtungszeitpunkt gesamthaft eher verschlechtert beziehungsweise jedenfalls nicht verbessert (vgl. Angaben der Versicherten anlässlich der Begutachtung, Urk. 7/31 S. 3 f.), kann im hier massgeblichen Beurteilungszeitraum auch vor dem Begutachtungszeitpunkt von einer (mindestens) ebensolchen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Dass die Versicherte von ihren behandelnden Ärzten als in deutlich geringerem Masse arbeitsfähig erachtet wird, vermag die Einschätzung der Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen, ist doch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und auch behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch betreffend behandelnde Spezialärzte Urteil des Bundesgerichts vom 31. Mai 2012, 8C\_185/2012, E. 2).

4.4 Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit 2007 bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids, welcher rechtsprechungsgemäss die Grenze der Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. etwa BGE 129 V 356 E. 1, 129 V 169 E. 1, 129 V 4 E. 1.2, je mit Hinweisen), in ihrer angestammten Tätigkeit 75 % und in einer leichten, leidensangepassten Tätigkeit 100 % betragen hat. Bei dieser Sachlage besteht, wie die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung zu Recht dafür hielt, weder die für den Rentenanspruch vorausgesetzte Arbeitsunfähigkeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) noch die entsprechende Erwerbseinbusse (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG): Da die Versicherte, welche zuletzt eine (nicht überdurchschnittlich entschädigte) Hilfsarbeitertätigkeit ausgeübt hatte, jedenfalls in einer anderen, leidensangepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist, würde sie jedenfalls auch unter Berücksichtigung eines angemessenen Leidensabzuges (von theoretisch maximal 25 %) keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 40 % erreichen, weshalb die Verwaltung zu Recht auf die Vornahme eines Einkommensvergleichs verzichtet hat.

4.5 Die angefochtene Verfügung, mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wird, ist daher nicht zu beanstanden, und die dagegen gerichtete Beschwerde abzuweisen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der 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:

- DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG
- 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.