

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00865 vom 5. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00865](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00865)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00865 du 5 février 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00865 del 5 febbraio 2013

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Im Folgenden ist vorerst die Beurteilung des Gesundheitszustandes massgebliche Aktenlage zu prüfen.

2.2. Mit Bericht vom 21. Juli 2008 (Urk. 7/8/3-4) diagnostizierten die Ärzte des Spitals A., Klinik für Wiederherstellungschirurgie (A.), einen Mallet-Finger im Bereich des rechten Digitus 1 bei Daumenkontusion am 5. September 2007 (Urk. 7/8/3). In der Zeit vom 2. Oktober bis 2. Dezember 2007 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (Urk. 7/8/4). Die Behandlung sei am 10. Januar 2008 abgeschlossen worden (Urk. 7/8/3) und es sei mit keinem bleibenden Nachteil zu rechnen (Urk. 7/8/4).

2.3. Die Ärzte der B. erwähnten in ihrem Bericht vom 8. April 2009 (Urk. 7/15/5), dass eine gleichentags durchgeführte MR-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) der Beschwerdeführerin eine wahrscheinliche Fehllhaltung der HWS sowie eine deutliche Degeneration links betont bei C5/6 und eher leichter und rechts betont bei C6/7 ergeben habe. Im Bereich C6/7 rechts werde eine leichte Forameneinengung durch eine flache Hernie verursacht. Im Bereich C5/6 links werde das Foramen vor allem durch Knochen eingeengt.

2.4. PD Dr. med. C., Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, erwähnte in seinem Bericht vom 17. September 2009 (Urk. 7/6/6-8), dass eine Magnetresonanztomographie (MRT) der HWS der Beschwerdeführerin durchgeführt worden sei, welche eine Osteochondrose im Bereich der linken Seite der Wirbelkörper C5/6 und eine Osteochondrose im Bereich der rechten Seite der Wirbelkörper C6/7 ergeben habe, und dass er mit der Beschwerdeführerin zwei Facetteninfiltrationen im Bereich der Wirbelkörper C5/6 und C6/7 vereinbart habe. Es sei davon auszugehen, dass spätestens nach der zweiten Intervention eine berufliche Integration wieder sinnvoll wäre (Urk. 7/6/6). Nach Durchführung von zwei Facetteninfiltrationen bestehe ab 6. Juli 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 7/6/7).

2.5. Dr. med. D., Oberarzt des A. stellte in seinem Bericht vom 23. September 2009 (Urk. 7/9/1-6) die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- klinischer Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom rechts
- bekannte Spondylarthrose auf Höhe C5/6 und C6/7

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. D. keine. Die Verdachtsdiagnose einer Kompression des Nervus medianus auf Höhe des

rechten Handgelenks habe sich klinisch bestätigt. Eine Mehretagen-Kompression des Nervs sei nicht auszuschliessen und es sei eine elektromyographische Kontrolle durch einen Neurologen des A.\_\_\_\_ vorgesehen. Anzeigt sei sodann eine Abklärung der Zervikalgien (Ziff. 1.4). Auf Grund des Leidens im Bereich der rechten Hand bestehe vom 3. September bis 31. Oktober 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Metzgerin (Ziff. 1.6).

2.6. Mit Bericht vom 18. Dezember 2009 (Urk. 7/15/1-4) stellte Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, ein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes, seit dem Jahr 2003 bestehendes, protrahiertes, zervikobrachiales Syndrom rechts bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen, muskulärer Insuffizienz und allgemeiner Erschöpfung sowie ein die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigendes, seit dem Jahre 2009 bestehendes, Karpaltunnelsyndrom rechts fest (Ziff. 1.1). Vom 24. März bis Mitte Mai 2009 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Metzgerei-Verpackerin bestanden (Ziff. 1.6).

2.7. Mit Bericht vom 27. Januar 2010 (Urk. 7/46/5-6) stellten die Ärzte des F.\_\_\_\_ fest, dass eine gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS der Beschwerdeführerin signifikante degenerative Veränderungen der HWS mit mittelgradiger Einengung des ossären Spinalkanals auf Höhe C5/C6 und mit Kompression des linksseitigen Anteils des zervikalen Myelons sowie eine mittelgradige foraminale Stenose C5/C6 rechts mit Reizung der austretenden Nervenwurzel C6 rechts ergeben habe (Urk. 7/46/6).

2.8. Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, erwähnte in seinem Bericht vom 28. Januar 2010 (Urk. 7/46/1-4), dass eine neurographische Untersuchung eine leichte Verlangsamung der motorischen Medianusleiterzeiten rechts sowie eine höchst diskrete Verlangsamung einzelner Medianusäste an der rechten Hand ergeben habe. Zusätzlich sei von einer Radikulopathie C7 bis C8 rechts auszugehen. Bei nur diskreten Befunden an der Hand sei zunächst von einer Operation abzusehen. Die Vorgeschichte der Beschwerden spreche gegen ein eigentliches Karpaltunnelsyndrom und der neurographische Befund an der rechten Hand könne auch durch eine Überbelastung verursacht worden sein (Urk. 7/46/3).

2.9. Die Ärzte der Klinik K.\_\_\_\_, Radiologie, erwähnten in ihrem Bericht vom 19. März 2010 (Urk. 7/50/5-6), dass eine am 18. März 2010 durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS der Beschwerdeführerin eine deutliche, paramedian linksseitige Diskushernie C5/C6 mit Kontakt und Abflachung des Myelons links und Vorwölbung in das linke intervertebrale Foramen, jedoch keine Myelopathie ergeben habe. Die Ärzte hielten eine Beeinträchtigung der Wurzel C6 links für möglich. Eine rechtsseitige Kompression sei nicht erkennbar (Urk. 7/50/6).

Im Zusatzbefund vom 17. Juni 2010 stellten die Ärzte der K.\_\_\_\_, Radiologie, fest, dass die Beschwerdeführerin an rechtsseitigen Zervikobrachialgien leide, welche in Diskrepanz zu dem vor allem linksseitigen MR-Befund ständen. Obwohl die Bandscheiben C5/C6 und C6/C7 eine Protrusion in das rechtsseitige Foramen zeigten, führe die Protrusion nicht zu einer Kompression der austretenden Nerven. Das Fettgewebe um die Nervenwurzel sei vielmehr erhalten (Urk. 7/50/6).

2.10. Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, stellte in seinem Gutachten vom 26. März 2010 (Urk. 7/23) die folgenden Diagnosen (S. 14):

- Zervikalsyndrom rechts mit/bei:
- deutlicher paramedianer linksseitiger Diskushernie C5/C6 mit Kontakt und Abflachung des Myelons links und Vorwölbung in das linke intervertebrale Foramen ohne Myelopathie
- ohne rechtsseitige Kompression
- Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung (Differentialdiagnose: Erschöpfungsdpression)
- Karpaltunnelsyndrom (CTS) rechts, operationswürdig

Der Gutachter führte aus, dass sich für die von der Beschwerdeführerin gegenwärtig angegebenen Beschwerden mit Ausnahme des elektrophysiologisch bestätigten Karpaltunnelsyndroms rechts kein Korrelat finde. Dies zeige sich insbesondere darin, dass die Beschwerdeführerin im Bereich der HWS rechtsseitige Beschwerden angegeben habe (S. 9), dass hingegen die MRI-Untersuchung der HWS vom März 2010 nur linksseitige Pathologien ergeben habe (S. 14). Die zervikalen Beschwerden auf der rechten Seite sowie die Sensibilitätsausfälle am rechten Unterschenkel seien nicht zu erklären.

Aus orthopädischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin. Es sei nicht nachzuvollziehen, dass der Beschwerdeführerin bisher für die Zeit ab 6. Juli 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden sei. Aus medizinischer Sicht sei eine Operation des Karpaltunnelsyndroms im Bereich der rechten Hand angezeigt, wobei postoperativ mit einer Arbeitsunfähigkeit von vier bis fünf Wochen zu rechnen sei. Es sei sodann eine psychiatrische Abklärung angezeigt (S. 14).

2.11 PD Dr. C. erwähnte in seinem Bericht vom 19. Mai 2010 (Urk. 7/25/1-3), dass die Beschwerdeführerin mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten weiterhin und bis auf weiteres nicht durchführen könne, da bei ihr im Bereich der HWS erhebliche verschleissbedingte Veränderungen beständen (Urk. 7/25/3).

2.12 In seinem Bericht vom 25. Juni 2010 (Urk. 7/31/1-3) stellte Dr. G. eine diskrete, neurographisch signifikante Kompression der Medianusfasern am rechten Handgelenk fest und erwähnte, dass zusätzlich eine bekannte Kompressionsmyelopathie mit Schwerpunkt C5/C6 vorliege, welche im Januar mittels MRI objektiviert worden sei. Die Schmerzen am rechten Handgelenk seien nicht ausschliesslich durch eine Kompression der Wurzeln rechts zu erklären. Vielmehr kreuzten die Schmerzfasern im Myelon auf die Gegenseite und eine Kompression des Fasciculus lateralis links könne durchaus radikuläre Schmerzen von der Gegenseite erklären (S. 3).

2.13 Dr. med. I., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH speziell Neuropsychiatrie, stellte in seinem Gutachten vom 30. Oktober 2010 (Urk. 7/34/1-36) die folgenden Diagnosen (S. 25):

- Spannungskopfschmerzen und anfallsweise Migräne mit Aura
- degenerative HWS-Beschwerden
- leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts

- Schmerzverarbeitungsstörung beziehungsweise Symptomausweitung

Die Beschwerdeführerin leide an einer Schmerzverarbeitungsstörung, wobei es sich bei den daneben bestehenden dysthym-dysphorischen Stimmungslagen der Beschwerdeführerin nicht um ein eigenständiges depressives Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität handle, sondern um reaktive Begleiterscheinungen der Schmerzverarbeitungsstörung (S. 25). Es beständen keine Hinweise auf ein depressives Geschehen (S. 16). Eine Schmerzverarbeitungsstörung trete oft in Verbindung mit emotionalen Konflikten und/oder psychosozialen Problemen auf. Bei der Beschwerdeführerin stelle die Geburt ihres jüngsten Kindes im Jahr 2008 ein psychosoziales Problem dar (S. 23). Sie habe sich bei einer Doppelbelastung als Geldverdienerin und als Familienfrau und Mutter eines Kleinkindes überfordert gefühlt und entsprechend mit somatischen Symptomen reagiert (S. 24). Die Beschwerdeführerin treffe sich regelmäßig, fast wöchentlich mit Familienangehörigen, besuche ab und zu das Hallenbad, unternehme täglich Spaziergänge und habe sich während eines dreiwöchigen Urlaubs mit ihrer Familie in ihrem Heimatland aufgehalten, weshalb ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens nicht ausgewiesen sei (S. 24). Neben der Schmerzverarbeitungsstörung bestehe kein psychisches Leiden von Krankheitswert und es dominierten psychosoziale Faktoren (S. 27).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit sowie in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten (S. 25).

Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin (RAD), Dr. med. J. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, erwähnte in seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2012 (Urk. 7/39/5-6), dass gestützt auf die Beurteilungen durch Dr. H. \_\_\_\_, Dr. I. \_\_\_\_, von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in der von der Beschwerdeführerin bisher ausgeübten Tätigkeit sowie in körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten auszugehen sei (Urk. 7/39/6).

PD Dr. C. \_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 10. März 2011 (Urk. 7/50/1-2) fest, dass die Beschwerdeführerin an einer deutlichen Osteochondrose bei C5/6 und an einer etwas diskreteren Osteochondrose bei C6/7 und C4/5 leide. Aus diesem Grunde bestehe gegenwärtig eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/50/1).

Dr. G. \_\_\_\_, erwähnte in seinem Bericht vom 15. März 2011 (Urk. 7/52/1-5), dass er die Beschwerdeführerin nur einmal am 25. Januar 2010 konsiliarisch untersucht habe (Urk. 7/52/2), und dass auf Grund der kurzen Beobachtungszeit eine Prognose nicht möglich sei (Urk. 7/52/3).

RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_\_, stellte in seiner Stellungnahme vom 27. April 2011 (Urk. 7/56/2) fest, dass in somatischer Hinsicht auf die Beurteilung durch Dr. H. \_\_\_\_, und in psychischer Hinsicht auf diejenige durch Dr. I. \_\_\_\_, abzustellen sei. Sodann sei davon auszugehen, dass eine gute Kommunikation zwischen der Beschwerdeführerin und Dr. I. \_\_\_\_, bestanden habe.

### E. 3

Den obenerwähnten medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach einer Kontusion des rechten Daumens am 5. September 2007 an einem Mallet Finger litt (Urk. 7/8/3). Gemäss der Beurteilung durch die Ärzte des

A. \_\_\_ sei die diesbezügliche Behandlung indes am 10. Januar 2008 abgeschlossen worden und es sei mit keinem bleibenden Nachteil zu rechnen (Urk. 7/8/4). In der Folge litt die Beschwerdeführerin an Schmerzen im Bereich ihrer rechten Hand. Die Ärzte des A. \_\_\_ diagnostizierten am 23. September 2009 einen Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom rechts (Urk. 7/9/1-6) und gingen davon aus, dass aus diesem Grunde vom 3. September bis 31. Oktober 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin bestanden habe. Demgegenüber ging Dr. G. \_\_\_ in seinem Bericht vom 28. Januar 2010 (Urk. 7/46/1-4) davon aus, dass die Vorgeschichte der Beschwerden gegen ein eigentliches Karpaltunnelsyndrom an der rechten Hand spreche (Urk. 7/46/3). Dr. E. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 18. Dezember 2009 (Urk. 7/15/1-4 Ziff. 1.1) ein die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigendes Karpaltunnelsyndrom rechts fest. Auch Dr. H. \_\_\_ ging in seinem Gutachten vom 26. März 2010 (Urk. 7/23 S. 14) davon aus, dass die Beschwerdeführerin an ihrer rechten Hand an einem operationswürdigen Karpaltunnelsyndrom leide, und dass die Arbeitsfähigkeit dadurch nicht beeinträchtigt werde.

3.2 Daneben litt die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht unter Beschwerden im Bereich der HWS. Anlässlich der MRI-Untersuchungen vom 27. Januar 2010 (Urk. 7/46/5-6) und vom 18. März 2010 (Urk. 7/50/5-6) wurden signifikante degenerative Veränderungen der HWS mit mittelgradiger Einengung des ossären Spinalkanals auf Höhe C5/C6 mit Kompression des linksseitigen Anteils des zervikalen Myelons (Urk. 7/46/6) beziehungsweise eine deutliche, paramedian linksseitige Diskushernie C5/C6 mit Kontakt und Abflachung des Myelons links und Vorwölbung in das linke intervertebrale Foramen (Urk. 7/50/6) festgestellt. Dr. E. \_\_\_ führte am 18. Dezember 2009 (Urk. 7/15/1-4) aus, dass die Beschwerdeführerin infolge eines protrahierten zervikobrachialen Syndromes rechts bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen, muskulärer Insuffizienz und allgemeiner Erschöpfung in der Zeit vom 24. März bis Mitte Mai 2009 in der angestammten Tätigkeit im Umfang von 100 % in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt gewesen sei.

Während Dr. H. \_\_\_ in seinem Gutachten vom 26. März 2010 (Urk. 7/23 S. 14) davon ausging, dass sich für die von der Beschwerdeführerin gegenwärtig angegebenen Beschwerden mit Ausnahme des Karpaltunnelsyndroms rechts kein Korrelat finde, und dass aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin bestehe, vertrat PD Dr. C. \_\_\_ am 19. Mai 2010 (Urk. 7/25/1-3) die Meinung, dass die Beschwerdeführerin mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten weiterhin und bis auf weiteres nicht durchführen könne, da bei ihr im Bereich der HWS erhebliche verschleissbedingte Veränderungen beständen (Urk. 7/25/3), und stellte am 10. März 2011 (Urk. 7/50/1-2) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % fest (Urk. 7/50/1).

3.3 In psychischer Hinsicht stellte Dr. I. \_\_\_ in seinem Gutachten vom 30. Oktober 2010 (Urk. 7/34/1-36 S. 25) eine Schmerzverarbeitungsstörung beziehungsweise eine Symptomausweitung ohne psychische Komorbidität fest und ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt sei.

4.

4.1. Das Gutachten von Dr. H. \_\_\_ vom 26. März 2010 (Urk. 7/23) erfährt in Bezug auf die somatische Komponente des Beschwerdebildes die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten formellen und materiellen Kriterien (vgl. E. 1.4). Denn einerseits verfügt Dr. H. \_\_\_ als Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie über eine für die Beurteilung der geklagten somatischen Beschwerden angezeigte fachmedizinische Spezialisierung. Andererseits setzte er sich eingehend mit diesen sowie mit den medizinischen Vorakten und insbesondere mit den Ergebnissen der von ihm veranlassten MRI-Untersuchung der HWS vom 18. März 2010 (Urk. 7/50/5-6) auseinander, führte eigene somatischmedizinische Untersuchungen durch und begründete seine Schlussfolgerung, wonach sich mit Ausnahme des Karpaltunnelsyndroms im Bereich der rechten Hand für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden kein Korrelat finde, und wonach aus orthopädischer Sicht keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei, in nachvollziehbarer Weise. Die schlüssige Beurteilung durch Dr. H. \_\_\_ vermag auch insofern zu überzeugen, als er davon ausging, dass es sich bei den von der Beschwerdeführerin im Bereich der HWS angegebenen Beschwerden um rechtsseitige Beschwerden gehandelt habe, dass hingegen die MRI-Untersuchung der HWS vom März 2010 nur linksseitige Pathologien ergeben habe, weshalb die zervikalen Beschwerden auf der rechten Seite und die Sensibilitätsausfälle am rechten Unterschenkel nicht zu erklären seien (Urk. 7/23 S. 14). Denn sowohl die Ärzte des F. \_\_\_ als auch die Ärzte der K. \_\_\_, Radiologie (Urk. 7/50/5-6), stellten übereinstimmend eine Kompression von Nerven beziehungsweise des zervikalen Myelons ausschliesslich auf der linken Seite der HWS durch eine linksseitige Diskushernie im Bereich C5/C6 fest. In ihrem Zusatzbefund vom 17. Juni 2010 hielten die Ärzte der K. \_\_\_, Radiologie, zudem ausdrücklich fest, dass die Bandscheiben C5/C6 und C6/C7 zwar eine Protrusion in das rechtsseitige Foramen zeigten, dass dies hingegen nicht zu einer Kompression der austretenden Nerven führe, und dass das Fettgewebe um die Nervenwurzel erhalten geblieben sei (Urk. 7/50/6).

Die Beurteilung durch Dr. H. \_\_\_ vermag daher auch inhaltlich zu überzeugen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

4.2. Demgegenüber lässt sich den Beurteilungen durch PD Dr. C. \_\_\_ vom 19. Mai 2010 (Urk. 7/25/1-3) und vom 10. März 2011 (Urk. 7/50/1-2) keine nachvollziehbare Einschätzung für die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit in mittelschweren und körperlich schweren Tätigkeiten (Urk. 7/25/3) beziehungsweise in der bisherigen Tätigkeit (Urk. 7/50/1) von 100 % entnehmen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

Sodann gilt es in Bezug auf die Beurteilung durch PD Dr. C. \_\_\_ die Erfahrungstatsache zu beachten, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen dürften (BGE 125 V 353 E. 3b/cc), und dass es wegen der unterschiedlichen Natur des Behandlungsauftrages des therapeutisch tätigen Arztes und des Begutachtungsauftrages des amtlich bestellten medizinischen Experten nach der Rechtsprechung nicht geboten ist, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen, ausser die behandelnden Ärzte bräuchten objektiv feststellbare Gesichtspunkte vor, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Dies trifft hier nicht zu.

4.3.4.4 Nicht abgestellt werden kann zudem auf die Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_. Denn einerseits stellte dieser in seinem Bericht vom 15. März 2011 (Urk. 7/52/1-5) fest, dass er auf Grund der kurzen Beobachtungszeit keine Prognose stellen könne (Urk. 7/52/3). Andererseits äusserte er sich darin nicht zum Bestehen und Umfang einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Sodann vermag die Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2010 (Urk. 7/31/1-3), wonach die Schmerzen am rechten Handgelenk der Beschwerdeführerin nicht ausschliesslich durch eine Kompression der Nervenwurzeln rechts zu erklären seien, und wonach eine Kompression des Fasciculus lateralis links radikuläre Schmerzen von der Gegenseite erklären könne, entgegen den diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6), die Beurteilung durch Dr. H.\_\_\_\_, wonach die zervikalen Beschwerden der Beschwerdeführerin auf der rechten Seite und die Sensibilitätsausfälle am rechten Unterschenkel nicht zu erklären seien (Urk. 7/23 S. 14), nicht in Zweifel zu ziehen. Denn Dr. G.\_\_\_\_ ging offensichtlich davon aus, dass es sich bei den Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenks der Beschwerdeführerin um zervikale Beschwerden gehandelt habe. Gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. H.\_\_\_\_ ist indes davon auszugehen, dass die Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenks der Beschwerdeführerin durch ein ihre Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigendes Karpaltunnelsyndrom verursacht wurden. Mangels einer nachvollziehbaren Begründung kann auf die Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ vorliegend daher nicht abgestellt werden.

#### 4.4.4.4

4.4.1.4 In psychischer Hinsicht ist davon auszugehen, dass auch das psychiatrische Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2010 sämtliche der erwähnten Kriterien der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage erfüllt (vgl. E.1.4). Denn Dr. I.\_\_\_\_, welcher als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie über eine für die Beurteilung der geklagten psychischen Beschwerden angezeigte Spezialisierung verfügt, setzte sich eingehend mit den medizinischen Vorakten auseinander und begründete seine Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise.

4.4.2.4 Die Beschwerdeführerin wendet gegen das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ ein, dass sie nur gebrochen deutsch spreche, und dass Dr. I.\_\_\_\_ der albanischen Sprache nicht mächtig sei, weshalb eine Dolmetscherin hätte beiziehen müssen (Urk. 1 S. 5).

4.4.3.4 Nach der Rechtsprechung hat grundsätzlich der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache der versicherten Person oder unter Beizug einer Übersetzungshilfe im Einzelfall geboten ist. Besonderes Gewicht kommt der bestmöglichen Verständigung zwischen Gutachter und versicherter Person im Rahmen von psychiatrischen Abklärungen zu. Dort setzt eine gute Exploration auf beiden Seiten vertiefte Sprachkenntnisse voraus. Ist der Gutachter der Sprache der versicherten Person nicht mächtig, erscheint es grundsätzlich medizinisch und sachlich geboten, dass er eine Übersetzungshilfe beizieht (AHI 2004 S. 143 E. 4.2.1; Urteile des Bundesgerichts U 99/06 vom 25. April 2007 E. 3.2 und I 642/01 vom 25. Juli 2003 E. 3.1).

4.4.4.4 Vorliegend hielt Dr. I.\_\_\_\_ in seinem Gutachten indes fest, dass die Beschwerdeführerin, welche seit 25 Jahren in der Schweiz lebe, recht ordentlich Hochdeutsch sprechen und sich anschaulich ausdrücken könne. Nur hie und da

müssen gewisse Begriffe genauer umschrieben werden. Im Übrigen habe er zur Beschwerdeführerin auf Anhieb einen guten und tragfähigen affektiven Rapport herstellen können (Urk. 7/34 S. 15). Dem Gutachten ist sodann zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ausführlich und differenziert über ihre Lebensgeschichte, ihren Alltag und ihr Leben berichten konnte. Es ist demnach davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin bei den Untersuchungen in ausreichendem Masse auch ohne Dolmetscher mit Dr. I. \_\_\_ verständigen konnte. Unter diesen Umständen ist die Notwendigkeit für den Beizug eines Dolmetschers bei der psychiatrischen Begutachtung nicht erstellt. Es lässt sich daher nicht beanstanden, dass Dr. I. \_\_\_ die sprachlichen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin als ausreichend für eine Exploration erachtete, zumal die Beschwerdeführerin auch nicht explizit eine Übersetzungshilfe wünschte. Dass sie nicht in der Lage gewesen sein sollte, gegenüber Dr. I. \_\_\_ auf ihre erstmals im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/47 S. 3) vorgebrachten Verständigungsprobleme gehörig aufmerksam zu machen, wird weder behauptet, noch wäre dies nachvollziehbar (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts I 743/05 vom 16. Januar 2006 E. 2.3.1). Auf Grund der Akten bestehen daher keine Anhaltspunkte, dass Verständigungsschwierigkeiten die Untersuchung durch Dr. I. \_\_\_ beeinträchtigt hätten. Demnach ist davon auszugehen, dass die Begutachtung durch Dr. I. \_\_\_ beweisrechtlich verwertbare Aussagen gebracht hat, sodass auf dessen nachvollziehbare Schlussfolgerungen abgestellt werden kann.

4.4.5.4 Der nachvollziehbaren Beurteilung durch Dr. I. \_\_\_ ist auch insofern zu folgen, als er davon ausging, dass die Beschwerdeführerin durch die Schmerz-verarbeitungsstörung in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt werde. Denn nach der Rechtsprechung begründet eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise eine Schmerz-verarbeitungsstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

4.4.6.1.1 Nach der Rechtsprechung hat die rechtsanwendende Behörde bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zunächst die - aufgrund der medizinischen Aktenlage zu beantwortende - Frage zu prüfen, ob und inwieweit bei der versicherten Person neben der diagnostizierten, allein nicht invalidisierenden (BGE 130 V 352 E. 2.2.3) anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zusätzliche psychische Beeinträchtigungen im Sinne des rechtsprechungsgemässen Kriterienkatalogs vorliegen, welche einer adäquaten Schmerzbewertigung objektiv entgegenstehen. Die entsprechenden Feststellungen sind tatsächlicher Natur. Des Weiteren gilt es zu prüfen, ob eine allenfalls festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und/oder einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten. Diese Frage ist rechtlicher Art: Ihre abschliessende Beantwortung obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_820/2007 vom 2. September 2008 E. 4.1 mit Hinweisen und 9C\_636/2007 vom 28. Juli 2008, E. 3.3.1).

4.4.7.1.1 Vorliegend ist auf Grund der Akten indes keine eigenständige psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer und Intensität ausgewiesen. Um eine solche handelt es sich jedenfalls nicht bei den von Dr. I. \_\_\_ festgestellten dysthym-dysphorischen Stimmungslagen. Denn dabei handelt es sich nicht um ein eigenständiges depressives Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität, sondern um reaktive Begleiterscheinungen der Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 7/34/1-36 S. 25). Praxisgemäss gilt selbst eine leichte beziehungsweise mittelschwere Depression als Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung und nicht als selbstständige, von der Schmerzverarbeitungsstörung losgelöste psychische Komorbidität (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_945/2009 vom 23. September 2010 E. 10.1 mit Hinweisen). Eine eigenständige psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer und Intensität liegt somit nicht vor. Auch die übrigen erwähnten (E. 4.4.5) Kriterien, welche gemäss der Rechtsprechung einem adäquaten Umgang mit den geklagten Schmerzen entgegenstehen können, insbesondere ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, sind vorliegend gestützt auf die Beurteilung durch Dr. I. \_\_\_ nicht beziehungsweise nicht hinreichend gehäuft und ausgeprägt erfüllt, um insgesamt den Schluss auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten.

4.4.8.1.1 Unter diesen Umständen vermag die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch Dr. Ma-dritsch, wonach die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen in der Ausübung der bisherigen Tätigkeit sowie in der Ausübung von behinderungsangepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei, zu überzeugen, so dass darauf abgestellt werden kann.

4.5.1.1.1 Gestützt auf die Beurteilungen durch Dr. H. \_\_\_ und Dr. I. \_\_\_ ist daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus somatischen und psychischen Gründen sowohl in der Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin Abpacklinie bei der Genossenschaft Y. \_\_\_ als auch in der Ausübung behinderungsangepasster, körperlich leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist.

5. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Juni 2011 (Urk. 2) auf die Vornahme eines Einkommensvergleichs verzichtet hat (vgl. BGE 115 V 133 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_155/2007 vom 10. Juli 2007 E. 3.4). Der Invaliditätsgrad beträgt jedenfalls 0 %. Der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente ist daher nicht ausgewiesen, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Ä

6. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert innerhalb des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 700.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. André Largier
- 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.