

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01201 vom 25. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.01201](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01201)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01201 du 25 avril 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01201 del 25 aprile 2013

## Erwägungen

### E. 4

4.1 Die Gutachter der A. erheben in ihrer polydisziplinären Expertise vom 15. März 2010 als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine chronische Lumboischialgie rechts bei breitbasiger Bandscheibenprotrusion L4/5 sowie L5/S1, bei Spondylarthrosen und progredienter Osteochondrose L4/5. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannten sie (1) ein Halbseitenschmerzsyndrom rechts mit Parästhesien, ohne adäquates somatisches Korrelat, (2) ein cervicales Irritationssyndrom mit myofaszialer Beteiligung und (3) Übergewicht (BMI 27,2). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschinenbetreuerin in der Relaismontage (sechsmonatiger Temporäreinsatz bis Dezember 2004) sei der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch uneingeschränkt zuzumuten. Nicht zumutbar seien ihr körperlich schwere oder rein sitzende bzw. rein stehend ausübende Tätigkeiten. Jede andere körperlich leichte oder mittelschwere Tätigkeit ohne absoluten Steh- oder Sitzzwang sei der Beschwerdeführerin in Berücksichtigung der verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans uneingeschränkt möglich (Urk. 7/68/20).

4.2 Dr. B. nahm in seinem Bericht vom 11. Juni 2010 Stellung zum Gutachten der A. vom 15. März 2010. Hinsichtlich der Wirbelsäulenbeschwerden wies er darauf hin, dass das im O. am 2. Juni 2007 durchgeführte MRI der Lendenwirbelsäule im P. anders kommentiert worden sei, nämlich im Sinne von hochgradigen, mehrsegmentalen Diskopathien über mehrere Segmente mit Kompromittierung der Nervenwurzel L5 beiderseits sowie auch als eine mögliche Irritation der Nachbarwurzeln. Gemäss den Ärzten des b. mache dieser Befund eine radikuläre Schmerzausstrahlung in beide unteren Extremitäten mit zusätzlich lumbovertebralen Schmerzen glaubhaft. Sodann würden die unüblichen Ober- und Unterschenkelumfänge der Beschwerdeführerin darauf hindeuten, dass die Schmerzen zu einer Bewegungsschonung der rechten Extremitäten geführt hätten. Da der Beinlängenunterschied bzw. das Fehlen eines solchen im A.-Gutachten als wichtiges Argument herangezogen werde, genüge die vom A. vorgenommene ungenaue klinische Messung nicht. Erforderlich sei eine radiologische Messung. Ferner seien die objektiven bildgebenden Befunde (Osteochondrose L4/L5, mediane Diskushernie L4/L5 mit wahrscheinlicher Wurzelkompression, die Nervenwurzeln L5 würden beidseits berührt, die Reizung der absteigenden Nervenwurzeln beidseits, Spondylarthrosen und foraminale Stenose L4 links, mit Reizung der Nervenwurzel L4 links) zweifelsohne fähig, Schmerzen zu verursachen. Angesichts der Veränderungen auf mehreren Wirbeln, die auch schmerzhafte Muskelveränderungen mit sich bringen könnten, könne nicht

postuliert werden, dass anhaltende Dauerschmerzen unmöglich seien. Die chronischen anhaltenden Schmerzen seien angesichts der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen glaubhaft. Im A.\_\_\_\_-Gutachten seien die objektiven bildgebenden Fakten zwar aufgeklärt, würden aber - möglicherweise aufgrund des Fehlens von grossen Herniationen von Disci intervertebrales - beinahe als belanglos gewertet. Rein diskogene Schmerzen seien allerdings möglich. Auch die chronischen Kopfschmerzen, welche die Beschwerdeführerin ebenfalls in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränken würden, können nicht zur Sprache (Urk. 7/73).

4.3. Am 15. Mai 2009 wurde - auf Veranlassung der Beschwerdeführerin - ein weiteres MRI der Halswirbelsäule durchgeführt. Gemäss dem gleichentags erstellten Bericht des Q.\_\_\_\_ wurde dabei eine grenzwertige parazentrale Diskusprotrusion C5/C6 rechts mit leichtgradiger Kompression der rechtsseitigen Anteile des cervicalen Myelons und leichtgradiger Forminalstenose ohne abgrenzbare Kompression der austretenden Nervenwurzel C6 rechts festgestellt. Eine Diskopathie und eine Kompression neuraler Strukturen auf Höhe C7/Th1 würden nicht vorliegen, ebenso wenig eine cervicale Myelopathie (Urk. 7/74).

4.4. Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. Juli 2010 (1) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Er erklärte, dass die Beschwerdeführerin in den therapeutischen Sitzungen bei ihm jeweils nicht herzlich lache oder affektiv voll schwingungsvoll sei, wie dies im A.\_\_\_\_-Gutachten vom 15. März 2010 festgehalten worden sei. Im HAMD-Score habe sie 24 Punkte erreicht, was einer mittelgradigen Depression entspreche. Der Schweregrad der Depression sei von den A.\_\_\_\_-Gutachtern nicht korrekt erkannt und wiedergegeben worden. Schmerzen könnten zu Depressionen führen und umgekehrt. Es müsse sich dabei nicht um eine somatoforme Schmerzstörung handeln. Die Schmerzen könnten einzig und allein im Rahmen der Depression bestehen. Falls die A.\_\_\_\_-Gutachter der Auffassung seien, die Beschwerdeführerin simuliere oder aggraviere, hätten sie dies in die Diagnose nehmen und nicht nur zwischen den Zeilen unterstellen müssen. Er sehe bei der Beschwerdeführerin allerdings keine Anzeichen für einen Betrug (Urk. 7/77).

4.5. In der Stellungnahme vom 19. September 2010 wurde seitens der A.\_\_\_\_ erklärt, der nachträglich eingereichte Radiologiebefund einer Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule vom 15. Mai 2009 bringe keine neuen relevanten Befunde zu Tage, welche zu einer wesentlich anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Zudem seien die gleichen Befunde bereits in der MRT vom 23. März 2005 festgehalten worden, die der A.\_\_\_\_ bei der Begutachtung bekannt gewesen sei. Inzwischen lägen mehrere Studien vor, welche eine schlechte Korrelation zwischen dem Ausmass degenerativer Veränderungen am Achsenskelett und den Beschwerden belegen würden. Viele degenerative Veränderungen, sogar Diskushernien, seien klinisch asymptomatisch. Die Einwände von Dr. B.\_\_\_\_ würden die Experten der A.\_\_\_\_ nicht von ihrer im Gutachten vom 15. März 2010 abgegebenen Einschätzung abbringen können. Die Tatsache, dass die behandelnden Ärzte inklusive Dr. B.\_\_\_\_ es nicht für notwendig erachtet hätten, dem Befund der Beinlängendifferenz nachzugehen, spreche für seine geringe klinische Relevanz. Dass Kopfschmerzen, die bisher im behandelnden Kontext nach 2005 (damals MRT Neurocranium vom 14. September 2005 normal) keinen Anlass gegeben hätten für eine

neurologische Abklärung und spezifische Behandlung, nun in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit limitierend sein sollen, vermöge nicht zu überzeugen. Bei der ausführlichen Anamneseerhebung seien die Kopfschmerzen deutlich im Hintergrund der Klagen gewesen (Urk. 7/79).

4.6 In der Stellungnahme vom 2. November 2010 bestätigte A.\_\_\_\_-Gutachter Dr. D.\_\_\_\_, dass die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vorliegend nicht erfüllt seien. Der Vermutung der Beschwerdegegnerin, wonach allenfalls aufgrund des Ehekonflikts eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung entstanden sei, könne er nicht folgen (Urk. 7/81).

4.7 In der Stellungnahme vom 14. Mai 2011 teilte Dr. B.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin mit, dass der begutachtende A.\_\_\_\_-Rheumatologe bei den Diagnosen zum Nachteil der Beschwerdeführerin nur Bandscheibenprotrusionen erwähnt habe, nicht aber die ebenfalls festgestellten Bandscheibenhernien. Eine Verblockung des 5. Lendenwirbels mit dem Sakrum habe zudem zwangsläufig zur Folge, dass das darüber liegende Wirbel-/Bandscheibensegment mehr als im Normalfall belastet und bei Bewegungen beansprucht werde und dort zu einer stärkeren Degeneration und Schädigung führe. Bezeichnenderweise sei bei der Beschwerdeführerin denn auch bei L4/L5 eine insgesamt schwere kombinierte degenerative Veränderung in Form einer Osteochondrose, einer Bandscheibenhernie und einer Spondylarthrose aufgetreten. Weiter werde zum Nachteil der Beschwerdeführerin ausser Acht gelassen, dass es auch ohne Wurzelkompressionen oder -verlagerungen zu starken Schmerzen sowie zu Schmerzausstrahlungen, Parästhesien und Sensibilitätsstörungen komme. Man spreche dann von nicht- bzw. pseudoradikulären Schmerzen oder Symptomen. Ferner würden bei der Beschwerdeführerin eine Spondylarthrose und eine progrediente Osteochondrose L4/5 mit deutlichen Endplattenveränderungen bestehen. Auch diese Veränderungen kämen mit Schmerzen und Sensibilitätsstörungen einhergehen. Abgesehen von den nicht- und pseudoradikulären Symptomen habe die Rheumaklinik des I.\_\_\_\_ beispielsweise am 16. Juni 2005 ein radikuläres Ausfallssyndrom erwähnt. Für die tatsächliche Schmerzverursachung durch die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen spreche zum Beispiel auch, dass in der Rheumaklinik des I.\_\_\_\_ während der Hospitalisation vom 1. Juni bis zum 17. Juni 2005 nach Infiltration mit einem Sakralblock eine eindeutige Befundverbesserung habe erreicht werden können. Angesichts dieser Fakten sei die Schlussfolgerung des begutachtenden A.\_\_\_\_-Rheumatologen, dass es keine Wirbelsäulenbefunde gebe, die für eine ausreichende Erklärung der anhaltenden Dauerschmerzen herangezogen werden könnten, nicht haltbar. Im übrigen habe auch das zervikale Irritationssyndrom mit myofaszialer Beteiligung bestimmt einen nachteiligen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. B.\_\_\_\_ gab erneut an, dass die Beschwerdeführerin nicht erwerbsfähig sei. Im Haushalt sei sie zu 50 bis 70 % eingeschränkt (Urk. 7/86).

4.8 Dr. E.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht zuhanden von Dr. B.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2012 als Diagnosen (1) ein lumbovertebrales Syndrom bei multisegmentaler Diskopathie mit Diskushernie L5/S1 rechtsbetont beidseits sowie lumbosakraler Übergangsstörung und (2) eine lumbosakrale Übergangsstörung mit partieller Sakralisation von L5. Die Beschwerdeführerin habe auf die Behandlung bisher gut angesprochen. Die Erfahrung zeige, dass eine konsequente physiotherapeutische Behandlung mittelfristig zu einer Besserung führe, da es sich vorliegend um eine kontinente, das heisst nicht um eine

sequestrierte Hernie handle (Urk. 9/1). Im Bericht vom 18. April 2012 gab Dr. E. \_\_\_ an, die Beschwerdeführerin sei auf eine intensive physiotherapeutische Behandlung sowie Schonung (Umschulung auf eine der Behinderung angepasste Tätigkeit) angewiesen (Urk. 9/2/4).

4.9. Im Bericht des F. \_\_\_ vom 16. April 2012 wurde (1) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und (2) ein lumbovertebrales Syndrom mit/bei Diskushernie Lendenwirbelsäule diagnostiziert (Urk. 9/2/1). Im Bericht des F. \_\_\_ vom 5. September 2012 wurden diverse, bereits erwähnte somatische Diagnosen angeführt. Als neue Diagnosen wurden (1) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) mit/bei einem Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) festgehalten. Die Beschwerdeführerin sei 100 % arbeitsunfähig, auch für angepasste Tätigkeiten (Urk. 15/3-4).

### **E. 5.1**

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass ein Gutachten, welches - wie dies vorliegend der Fall ist - noch vor der mit BGE 137 V 210 geänderten Rechtsprechung eingeholt wurde, auch dann voll beweiskräftig sein kann, wenn es den neu aufgestellten Verfahrensanforderungen nicht genügt. Bildet ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten die massgebende Entscheidungsgrundlage, so ist diesem Umstand allenfalls bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_646/2012 vom 14. März 2013 E. 3.2.1 mit Hinweis; SVG 2012 IV Nr. 32 S. 127).

### **E. 5.2**

5.2.1. Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, hat im rheumatologischen A. \_\_\_-Fachgutachten vom 2. November 2009 detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben. Sein Gutachten basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Er hat die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt (Urk. 7/68/22-28).

5.2.2. Dr. R. \_\_\_ erklärte, die eingehenden bildgebenden Abklärungen würden im Verlauf eine progrediente Osteochondrose auf Höhe L4/L5 sowie daselbst eine Diskusprotrusion, die intraforaminal nach links reiche, aber auch eine vorwiegend mediane Diskushernie bei L5/S1 ohne sichere Nervenwurzelkompression zeigen (MRI inklusive Myelografie vom 1. Februar 2008). Auch in den vorgängigen kernspintomografischen Untersuchungen der Lumbalwirbelsäule seien nur mögliche Wurzelkompressionen festgestellt worden, nie aber eine Wurzelverlagerung (Urk. 7/68/25). Diese Angaben decken sich mit den MRI-Befunden, die Dr. R. \_\_\_ vorlagen (Urk. 7/68/24). Auch die Ärzte des I. \_\_\_ (Urk. 7/23/1), Dr. G. \_\_\_ (Urk. 7/33/2) und Dr. K. \_\_\_ (Urk. 7/33/6-7) sahen eine Wurzelkompression nicht als erwiesen an.

5.2.3. Betreffend den Einwand der Beschwerdeführerin, Dr. R. \_\_\_ hätte im Rahmen seiner Untersuchung eigene bildgebende Dokumentationen veranlassen müssen (Urk. 1 S. 6 f.), ist zu beachten, dass bei der Abklärung von lumbalen Rückenschmerzen der Anamnese und der klinischen Untersuchung ein grösseres Gewicht als der bildgebenden Diagnostik allein zukommt. Die bildgebende Diagnostik sollte denn auch lediglich eine klinisch gestellte Diagnose bestätigen (Pfirrmann/Hodler/Boos, Diagnostische Abklärung beim lumbalen Rückenschmerz, in

Praxis 1999; 88: S. 315-321; Stebler/Putzi/Michel, Lumbale Rückenschmerzen - Diagnostik, in Schweiz Med Forum Nr. 9 vom 28. Februar 2001, S. 205-208). Es liegt im Ermessen des Gutachters, ob er aufgrund der klinischen Befunde bildgebende Abklärungen als notwendig erachtet. Zu berücksichtigen hat er dabei selbstverständlich auch die Strahlenbelastung solcher Untersuchungen. Dr. R. \_\_\_ konnte vorliegend auf fünf MRI-Befunde der Hals- und Lendenwirbelsäule der Jahre 2005 bis 2008 zurückgreifen (Urk. 7/68/24). Sein Verzicht auf weitere bildgebende Abklärungen ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden. In der Stellungnahme vom 19. September 2010 erganzte Dr. med. S. \_\_\_, Chefarzt der A. \_\_\_ und Facharzt für Rheumatologie FMH, dass auch der nachträglich eingereichte Radiologiebefund einer MRT der Halswirbelsäule vom 15. Mai 2009 keine neuen relevanten Befunde zu Tage bringe, welche zu einer wesentlich anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führen würden (Urk. 7/79/2).

5.2.4.1 Im zuletzt durchgeführten MRI der Lendenwirbelsäule vom 1. Februar 2008, das Dr. R. \_\_\_ zur Verfügung stand, wurde keine Diskushernie mehr festgestellt (Urk. 7/68/24). Dr. R. \_\_\_s Diagnosestellung ohne Erwähnung einer Diskushernie ist demzufolge nachvollziehbar. Weiter ist zu beachten, dass die Ärzte des I. \_\_\_ im Jahr 2005 zwar eine kaudal luxierte Diskushernie L4/5 diagnostizierten. Auch sie kamen aber im Rahmen ihrer ausführlichen Untersuchungen zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin eine leichte Erwerbsfähigkeit dennoch zu 100 % zumutbar sei (Urk. 7/23/1). Dr. med. T. \_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) bemerkte in diesem Zusammenhang denn auch, dass das Ausmass der Degeneration (Hernie oder Protrusion) die Schwere der Symptomatik nicht beweise (Urk. 7/88/6). Ferner empfahl Dr. E. \_\_\_, Spezialarzt für Wirbelsäulenleiden, in seinem Bericht vom 18. April 2012, in dem er bei der Beschwerdeführerin eine Diskushernie L5/S1 diagnostiziert hatte, eine Umschulung auf eine behinderungsangepasste Tätigkeit (Urk. 9/2/4). Auch er war also nicht der Auffassung, dass aufgrund der bildgebenden Befunde der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste bzw. leichtere Tätigkeit nicht mehr zuzumuten sei.

5.2.5.1 Weiter legte Dr. R. \_\_\_ dar, die früher erwähnte asymmetrische lumbosakrale Übergangsanomalie sei klinisch nur dann potentiell relevant, sofern gleichzeitig eine Beinlängendifferenz von mehr als 2 cm vorliege. Die im Liegen vorgenommene klinische Messung der Beinlängen ergab einen Unterschied von 1 cm (rechts 83 cm und links 84 cm, Urk. 7/68/24-25). Aufgrund dieser Messung konnte eine Differenz von mehr als 2 cm ausgeschlossen werden, weshalb sich eine genauere radiologische Messung erbrachte, zumal der vorherrschende Ruheschmerz nach Ansicht des Gutachters klar gegen die Beinlängendifferenz als Ursache sprach. Eine relevante Beinlängendifferenz wurde im Übrigen von keinem der Ärzte, welche die Beschwerdeführerin in den vorangegangenen Jahren untersuchten und behandelten, jemals ins Auge gefasst. Folgerichtig gab Dr. R. \_\_\_ an, die lumbosakrale Übergangsanomalie könne daher für die Beschwerden und insbesondere die anhaltenden Ruheschmerzen nicht verantwortlich gemacht werden (Urk. 7/68/25).

5.2.6.1 Dr. R. \_\_\_ kam zum Schluss, dass aufgrund der ausreichenden und unabhängigen fachärztlichen Untersuchungen (rheumatologisch, orthopädisch, neurologisch) im Verlauf von mehr als vier Jahren keine Wirbelsäulenbefunde vorliegen, die für eine ausreichende Erklärung der anhaltenden Dauerschmerzen

herangezogen werden könnten und die der Ausdehnung der Symptomatik auf die ganze rechte Körperseite entspreche. Somit bestehe seines Erachtens ein dringender Verdacht auf eine Symptomausweitung sowie eine Symptomverstärkung. Für leichtere bis mittelschwere Arbeiten, die nicht unter Sitz- oder Stehzwang und ohne Heben von schweren Lasten (>10 kg) ausgeführt werden könnten, sei die Beschwerdeführerin 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/68/25-26). Diese Einschätzung Dr. R. \_\_\_s erscheint angesichts der vorliegenden objektiven Befunde ohne Weiteres nachvollziehbar. Sie weicht auch nicht wesentlich von der Einschätzung der Ärzte des I. \_\_\_ ab, die von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für alle leichten Tätigkeiten ausgingen (Urk. 7/23/1). Was den dringenden Verdacht auf Symptomausweitung betrifft, konnte schon Dr. K. \_\_\_ im Jahr 2006 für die unerträglichsten Schmerzen im Halswirbelsäulen-Bereich bei normalen morphologischen Befunden keine Erklärung finden (Urk. 7/33/7). Dr. G. \_\_\_ konnte die Symptomatik ebenfalls nur teilweise erklären. Sie stellte klinisch nur ein leichtes Lumbovertebralsyndrom fest (Urk. 7/33/2). Gemäss höchststrichterlicher Rechtsprechung müssen subjektive Schmerzangaben jedoch durch damit korrelierende fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein, um eine Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts I 53/02 vom 2. Dezember 2002 E. 2.2). Ferner geht aus den vorliegenden medizinischen Akten keine wesentliche objektivierbare Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht zwischen den ersten Untersuchungen in der Rheumaklinik des I. \_\_\_ im Jahr 2005 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Oktober 2011 hervor.

5.2.7.1 Dr. B. \_\_\_ vertrat als einziger involvierter Arzt die Auffassung, die somatischen Beschwerden seien vollumfänglich objektivierbar. Unter anderem sprach er von möglichen diskogenen sowie nicht- und pseudoradikulären Schmerzen. Seine verschiedenen Erklärungsansätze, wie die Rückenschmerzen der Beschwerdeführerin somatisch begründet sein könnten (Urk. 7/73 und Urk. 7/86), erscheinen aber in Anbetracht der zahlreichen anderslautenden fachärztlichen Beurteilungen nach dem im Bereich des Sozialversicherungsrechts üblichen Beweisgrad als nicht überwiegend wahrscheinlich. Dr. B. \_\_\_ hat auch nicht überzeugend dargelegt, weshalb die Beschwerdeführerin selbst in einer behinderungsangepassten Tätigkeit 100 % arbeitsunfähig sein soll. Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Bei den Ärzten des I. \_\_\_ handelte es sich im Übrigen ebenfalls um behandelnde Ärzte, weshalb deren Aussage, die Beschwerdeführerin sei in einer leichten Tätigkeit voll arbeitsfähig, umso mehr Gewicht zukommen muss.

5.2.8.1 Hinsichtlich der geltend gemachten Kopfschmerzen wurde seitens der A. \_\_\_ zutreffend ausgeführt, dass diese nach dem normalen Befund im MRT Neurocranium von 2005 keinen Anlass für neurologische Abklärungen und spezifische Behandlung gegeben hätten. Auch bei der ausführlichen Anamneseerhebung der A. \_\_\_ seien die Klagen betreffend Kopfschmerzen im Hintergrund gewesen (Urk. 7/79/3).

5.2.9.1 Es ist demnach festzuhalten, dass Dr. R. \_\_\_s rheumatologisches A. \_\_\_-Fachgutachten vom 2. November 2009 eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage bildet. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer

Sicht für leichtere bis mittelschwere Arbeiten, die nicht unter Sitz- oder Stehzwang und ohne Heben von schweren Lasten (>10 kg) ausgeführt werden können, zu 100 % arbeitsfähig ist.

### E. 5.3

5.3.1 Dr. D. \_\_\_ hat im psychiatrischen A. \_\_\_-Fachgutachten vom 2. November 2009 ebenfalls detaillierte und nachvollziehbare Befunde erhoben. Sein Gutachten basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung. Er hatte Kenntnis der Vorakten und hat die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt.

5.3.2 Im Rahmen der subjektiven Angaben der Versicherten führte Dr. D. \_\_\_ unter anderem aus, die Beschwerdeführerin wende sich nach Erledigung des Haushalts mehr den Kindern zu, mache Spiele oder Bastelarbeiten mit den Töchtern. Sie sei enttäuscht, dass die Töchter nicht gerne nähen würden. Der Sohn habe die Lehre als Kunststofftechnologe abgebrochen und wolle sich einer Verkaufstätigkeit zuwenden. Sie interessiere sich für seinen Alltag als Praktikant im U. \_\_\_\_. Sie nehme zum Beispiel daran Anteil, wenn er über Ladendiebstähle berichte. Zu Beginn der Beziehung habe sie mit ihrem Ehemann Bars und Discos besucht, was heute etwas in den Hintergrund getreten sei. Gemeinsames Hobby sei das Spazieren, der Besuch von Verwandten und Bekannten. Sie hätten viele Freunde und Freundinnen. Sie lese die Zeitung, das Gratisblatt 20 Minuten und die V. \_\_\_ Zeitung gehörten zur Pflichtlektüre. Sie interessiere sich für Klatsch, nehme rege Anteil an den Schicksalen von Berühmtheiten und Adligen. Weiter koche sie gerne und gut. Eine Freundin aus Montenegro sehe sie jede Woche, und auch die Zimmernachbarin des N. \_\_\_ sei zur Freundin geworden (Urk. 7/68/30). Bei den klinischen Befunden gab Dr. D. \_\_\_ im Wesentlichen an, die Beschwerdeführerin sei langsam, leicht vorübergeigt ins Besprechungszimmer gekommen. Während der knapp eineinhalbstündigen Besprechung sei sie ohne grosse Stellungswechsel auf dem Stuhl sitzen geblieben. Das Gespräch sei ohne Dolmetscher durchgeführt worden, und kleine sprachliche Unsicherheiten hätten bei wenigen, spezifisch psychiatrischen Themen problemlos durch Umschreibungen ausgedrückt werden können. Die Beschwerdeführerin habe ausführlich und nachvollziehbar eine vollständige Gesamtschau ihres bisherigen Lebens geschildert. Auch ihre Reaktion auf die Schmerzen habe sie genau geschildert und die Entwicklung von der anfänglichen Auflehnung und Spannung mit dem Ehemann bis zur heutigen gegenseitig unterstützenden Umgangsform aufgezeigt. Sie sei emotional gut erreichbar und schwingungsfähig. An passender Stelle habe sie herzlich gelacht, so etwa als sie geschildert habe, wie sie dem Ehemann eine Freundin empfohlen habe, oder als sie auf ihre Klatschlektüre angesprochen worden sei. Auch auf die Frage hin, ob im heutigen W. \_\_\_ noch Prinzen und Prinzessinnen leben würden, sei ein befreiendes Lachen zu vernehmen gewesen. Die Beispiele würden sich vermehren lassen. Im Übrigen sei sie vollseits orientiert, ohne Hinweise auf organische Beeinträchtigungen oder Sinnestäuschungen. Das Gespräch habe in einer offenen Atmosphäre stattgefunden. Im Rahmen seiner Beurteilung erklärte Dr. D. \_\_\_ insbesondere, die ganze Biographie der Beschwerdeführerin zeige wenig Auffälligkeiten. Die Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik, der Tagesklinikaufenthalt und die nachfolgende ambulante psychiatrische Behandlung hätten ihre seelische Befindlichkeit deutlich verbessert. Er könne allerdings nicht ausschliessen, dass die Beschwerdeführerin 2007 tatsächlich kurzzeitig einen depressiven Zustand

durchgemacht habe, der die Arbeitsfähigkeit über die Hospitalisationszeit hinaus eingeschränkt habe. Die von ihm erhobenen Befunde zusammen mit den Versichertenangaben zur Alltagsgestaltung würden jedoch heute eine psychiatrische Diagnose ausschliessen. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich daher keine Arbeitsunfähigkeit definieren (Urk. 7/68/32-34). Diese Einschätzung Dr. D. \_\_\_s ist gestützt auf die von ihm genannten, weitgehend unauffälligen objektiven Befunde und unter Einbezug seiner ausführlichen und überzeugenden Erläuterungen ohne Weiteres nachvollziehbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Stellungnahme vom 2. November 2010 legte Dr. D. \_\_\_ sodann noch einmal begründet dar, weshalb die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt sind (Urk. 7/81).

5.3.3 Ä Ä Der Einwand der Beschwerdeführerin, Dr. D. \_\_\_s Gesamtbeurteilung sei unvollständig, weil er weder beim behandelnden Psychiater Dr. C. \_\_\_ noch bei den Angehörigen eine Fremdanamnese durchgeführt habe, geht fehl (Urk. 1 S. 7 f.). Fremdanamnestiche Abklärungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei der psychiatrischen Begutachtung nicht unerlässlich. Eine Fremdanamnese kann zwar eine zentrale Erfahrungsquelle für den Arzt darstellen, allerdings muss sich der medizinische Sachverständige von entsprechenden Erhebungen einen wesentlichen Erfahrungsgewinn versprechen können (Urteile des Bundesgerichts I 58/06 vom 13. Juni 2006 E. 2.3; 9C\_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1; 8C\_215/2012 vom 11. Juli 2012 mit weiteren Hinweisen). Es liegt also im Ermessen des begutachtenden Psychiaters, ob er es als notwendig erachtet, mit dem behandelnden Psychiater Kontakt aufzunehmen oder nicht. Dr. D. \_\_\_ hatte Kenntnis der beiden Berichte des N. \_\_\_ vom 16. November 2007 und vom 7. Dezember 2007 (Urk. 7/68/8-9) und setzte sich damit auseinander. Er ging sowohl auf den Suizidversuch im Jahr 2007 als auch auf den damaligen Klinikaufenthalt ein. Im Rahmen der Befragung der Beschwerdeführerin erhielt er zudem von der begonnenen Behandlung bei Dr. C. \_\_\_ Kenntnis und erwähnte diese auch in seinem Gutachten (Urk. 7/68/31-34). Es sind daher keine Gründe ersichtlich, die eine Fremdanamnese nahe legen.

5.3.4 Ä Ä Dr. C. \_\_\_ machte in seinem Bericht vom 10. Juli 2010 geltend, Dr. D. \_\_\_ habe den Schweregrad der Depression nicht korrekt erkannt. Nachvollziehbar begründet hat Dr. C. \_\_\_ seine Kritik jedoch nicht. Weiter äußerte er in seinem Bericht vom 10. Juli 2010 selbst die Unterschiede zwischen psychiatrischem Gutachtens- und Behandlungsauftrag und erklärte, es sei nicht selten, dass diese beiden Beurteilungen differieren würden (Urk. 7/77/1-2). In diesem Zusammenhang ist denn auch darauf hinzuweisen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlung- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2, 8C\_997/2010 vom 10. August 2011 E. 3.2, 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1). Der weitere Vorwurf von Dr. C. \_\_\_, Dr. D. \_\_\_ unterstelle der

Beschwerdeführerin Simulation oder Aggravation (Urk. 7/77), trifft nicht zu. Dr. D. \_\_\_ unterstellte der Beschwerdeführerin nämlich auch eine Simulation oder Aggravation, zumal er vom somatischen Beschwerdebild selbstverständlich Kenntnis hatte, sondern kam lediglich zum Schluss, dass weder genügend Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung noch für eine Depression vorliegen würden (Urk. 7/68/34). Dies vermag Dr. C. \_\_\_ nicht zu widerlegen.

5.3.5 Die von Seiten des F. \_\_\_ im Bericht vom 5. September 2012 vorgebrachten angeblichen Fehler im Gutachten von Dr. D. \_\_\_ in der Schilderung subjektiver Angaben (die Familie der Beschwerdeführerin sei weggezogen, nicht die störende Nachbarin; nur die erste Firma, in der die Beschwerdeführerin gearbeitet habe, sei Konkurs gegangen; die Beschwerdeführerin habe im Sommer 2007 lediglich einen Suizidversuch unternommen, nicht deren zwei; Urk. 15/2) sind untergeordneter Natur und vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu erschüttern. Weshalb Dr. D. \_\_\_ den Tagesablauf verzerrt wiedergegeben und die Beschwerden nicht richtig erhoben haben soll, wurde vom F. \_\_\_ nicht plausibel begründet. Die Wiedergabe anderslautender, nicht überprüfbarer Angaben genügt nicht. Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel derjenige Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes - das heisst vorliegend am 12. Oktober 2011 - gegeben war (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Da die vom F. \_\_\_ am 16. April 2012 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (Urk. 9/2) und die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome vom 5. September 2012 nicht geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 12. Oktober 2011 zu beeinflussen, sind sie für das vorliegende Verfahren unbeachtlich (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen).

5.3.6 Es ist somit festzuhalten, dass Dr. D. \_\_\_s psychiatrisches A. \_\_\_-Fachgutachten vom 2. November 2009 ebenfalls eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage darstellt. Es ist demzufolge davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht - wie von Dr. D. \_\_\_ dargelegt - in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

5.4 Zusammenfassend ergibt sich demnach, dass der Beschwerdeführerin sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht körperlich leichte oder mittelschwere Tätigkeiten ohne absoluten Steh- oder Sitzzwang und ohne Heben von schweren Lasten (>10 kg) - in Berücksichtigung der verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans - uneingeschränkt möglich sind.

## E. 6.1

Ä Ä Ä Ä Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

6.2 Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin war von Juni bis Dezember 2004 über die Temporärstellenfirma Z. \_\_\_ als Maschinenbetreuerin bei der a. \_\_\_ beschäftigt (Urk. 7/3/5). Gemäss Auskunft der Z. \_\_\_ im Arbeitgeberfragebogen vom 12. Juli 2005 machte sie während des temporären Arbeitsverhältnisses nie einen Gesundheitsschaden geltend. Die temporäre Anstellung sei wegen Arbeitsmangels bei der Einsatzfirma beendet worden (Urk. 7/6). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin auch ohne Gesundheitsschaden nicht mehr bei der a. \_\_\_ beschäftigt gewesen wäre, weshalb zur Bestimmung des möglichen

Valideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen sind. Angesichts der bisher von der Beschwerdeführerin ausgeübten verschiedenartigen Tätigkeiten (Schneiderin/Näherin, Urk. 7/2/3, angelernte Fotolaborantin, Urk. 7/2/4, Bäckerin, Urk. 7/2/5, und Maschinenbetreuerin, Urk. 7/2/6) ist vorliegend auf den Tabellenlohn von Frauen in einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) gemäss LSE 2004 abzustellen, welcher im privaten Sektor bei 40 Arbeitsstunden pro Woche Fr. 3'893.-- betrug (LSE 2004, TA1 S. 53). Dies führt bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahre 2004 (vgl. Die Volkswirtschaft 3-2013, Tabelle B9.2 S. 90) und in Berücksichtigung des Nominallohnindexes für Frauen im Jahr 2005 von 1,1 % (Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex; Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallohn 1976 - 2011) zu einem monatlichen Valideneinkommen für das Jahr 2005 (hypothetischer Rentenbeginn) von Fr. 4'103.10 pro Monat bzw. Fr. 49'237.10 pro Jahr (12 x Fr. 4'103.10). Nichts spricht dagegen, dass die 1973 geborene, im Jahre 1991 in die Schweiz eingereiste (Urk. 7/3/3) und inzwischen in der Schweiz eingebürgerte (Urk. 7/4/4) Beschwerdeführerin aus invaliditätsfremden Gründen nicht in der Lage wäre, ohne Gesundheitsschaden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt diesen statistischen Durchschnittslohn zu erzielen. Da auch das Invalideneinkommen anhand dieses Wertes zu bestimmen ist, resultiert - auch im Falle der Berücksichtigung des maximal zulässigen leidensbedingten Abzuges von 25 %, welcher angesichts der konkreten Gegebenheiten ohnehin ausser Betracht fällt - keine rentenbegründende Erwerbseinbusse. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

7. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der 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 Kaspar Gehring, unter Beilage der Doppel von Urk. 6 und Urk. 18

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2.

Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.