

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00153 vom 22. August 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00153

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00153 du 22 août 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00153 del 22 agosto 2013

Erwägungen

E. 05

als Ausrüsterin bei der Z.____ in A.____, daneben war sie als Reinigungsangestellte bei der B.____ in C.____ tätig (Urk. 8/3/1-6). Ab dem 20. Oktober 2009

E. 008

wurde sie krankgeschrieben (Urk. 8/9 und Urk. 8/14/3-4). Am 16. April 2009 meldete sich die Versicherte

wegen Beschwerden infolge einer Operation (Exzision eines Lipoms und eines Atheroms occipital) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Die IV-Stelle liess einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug vom 4. Mai 2009, Urk. 8/8) erstellen und holte die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung, Helsana Versicherungen AG, (Urk. 8/9), den Bericht der D.____ vom 5. Mai 2009 (Urk. 8/12/6-8), den Arbeitgeberbericht der C.____ vom 7. Mai 2009 (Urk. 8/11),

den Arbeitgeberbericht der Z.____ vom 11. September 2009 (Urk. 8/14) sowie

den Bericht der D.____ vom 8. bzw. 9. Oktober 2009 (Urk. 8/15/6-9) ein.

Weiter zog

sie

die Stellungnahme von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 19. April 2010 (Urk. 8/25), den Bericht der D.____ vom 10. Mai 2010 (Urk. 8/33/6-8), den Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 18. Mai 2010 (Urk. 8/32/1-4), den Bericht von Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, vom 9. Juni 2010 (Urk. 8/35) und den Bericht von Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Juli 2010 (Urk. 8/38/3-8) bei.

Ferner reichte X.____ die von ihr in Auftrag gegebenen Gutachten von Dr. med. I.____, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 2. Oktober 2009 (Urk. 8/54/1-11) und von Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH Chirurgie, vom 5. Oktober 2009 (Urk. 8/53/1-16), das zuhanden der Generali Allgemeine Versicherungen AG erstellte Aktengutachten von Prof. Dr. med. K.____, Spezialarzt Chirurgie FMH, vom 18. April 2010 (Urk. 8/53/11-27), die Stellungnahme von Dr. I.____ vom 25. Mai 2010 (Urk. 8/55) sowie die Stellungnahme von Dr. J.____ vom 1. Juni 2010 (Urk. 8/52/1-5) ein. Am 7. September 2010 erklärte die Versicherte, dass sie mit der vorgesehenen Begutachtung durch die L.____ in M.____ nicht einverstanden sei. Zu beauftragen sei die MEDAS N.____ in O.____ (Urk. 8/45). Dieses Begehren wies die IV-Stelle mit

Zwischenverfügung

vom 9. September 2010 ab (Urk. 8/47), und am 6. Januar 2011 erstattete das L.____

das polydisziplinäre Gutachten (Urk. 8/56). Mit Vorbescheid vom 1. Februar 2011 stellte die IV-Stelle X.____ die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/60), wogegen die Versicherte am 2. März 2011 Einwand erhob (Urk. 8/63). Daraufhin nahmen die L.____ -Gutachter am 6. Juli 2011 zu den von der IV-Stelle unterbreiteten Zusatzfragen Stellung (Urk. 8/72). X.____

äusserte sich hierzu am 5. September 20

E. 11

(Urk. 8/75), unter Beilage des Berichts von Dr. H.____ vom 2. September 2011 (Urk. 8/74). Am 20. Dezember 2011 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten mangels Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ab (Urk. 2). 1.

Hiergegen erhob X.____, vertreten durch Rechtsanwalt Oliver Gnehm, substituiert durch Rechtsanwalt Stefan Kunz, am 2. Februar 2012 Beschwerde und beantragte, die Verfügung der IV-Stelle vom 20. Dezember 2011 sei aufzuheben und es sei ihr rückwirkend ab dem 1. Oktober 2009 eine ganze IV-Rente auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2012 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin am 27. März 2012 angezeigt wurde (Urk. 9). 2.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

1.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.2

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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychi

schon Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). 1.3

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.

Zudem entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). 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). 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 1.5

Der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 lit. c ATSG). Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indes nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrektiv in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2; 122 V 157 E. 1a; vgl. BGE 130 I 180 E. 3.2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mit hin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesengebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b).

Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall

das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3). 2.

2. 1

Im Bericht der D.____ vom 5. Mai 2009 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein neuropathischer Schmerzzustand im Ausbreitungsgebiet des Nervus occipitalis

major rechts, nach Exzision eines Lipoms und eines Atheroms occipital rechts am 20. Oktober 2008 erhoben. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine festgehalten. Vom 2. bis zum 23. März 2009 sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 23. März 2009 bis zum Datum der Berichterstattung (5. Mai 2009) habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen. Sowohl die bisherige als auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit seien

der Beschwerdeführerin

nicht mehr zumutbar (Urk. 8/12/6-8). Im Bericht der D.____

vom 9. Oktober 2009 wurde die im Bericht vom 5. Mai 2009 gestellte Diagnose bestätigt. Die Beschwerdeführerin sei auch

bis zum Datum der neuerlichen Berichterstattung (9. Oktober 2009) zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 8/15/7-8). 2. 2

Neurologin Dr. I.____ führte in ihrem von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen fachärztlichen Gutachten vom 2. Oktober 2009 aus, dass die Beschwerdeführerin seit der Exzision eines Lipoms und Atheroms occipital rechts am 20. Oktober 2008 an einer invalidisierenden Occipitalneuralgie rechts leide. Der neuropathische Dauerschmerz mit teils neuralgiformen Exazerbationen im Versorgungsgebiet des Nervus

occipitalis

major rechts, die Druckempfindlichkeit des Nervs sowie die vorübergehende Schmerzlinderung durch Blockade desselben mit Lokalanästhesie (vor gepulster Radiofrequenztherapie am 14. März 2009) würden den Kriterien der „International

Headache Society“ für die se Diagnose entsprechen. Beim bisher sehr therapieresistenten Verlauf auf sämtliche üblichen medikamentösen Schmerzbehandlungen respektive Unverträglichkeit höherer Medikamentendosen und Nichtansprechen auf physikalische, alternative und interventionelle Massnahmen sei die Prognose schwierig. Eine Besserung der Beschwerden durch Weiterführen der bisherigen intensiven, auch interdisziplinären Schmerzbehandlung schein e aber nach Rücksprache mit dem involvierten Schmerztherapeuten Dr. P.____ möglich, so dass mittelfristig mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit erreichbar schein e (Urk. 8/54/8 -10). 2. 3

Chirurg Dr. J.____ erklärte in seinem ebenfalls von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen fachärztlichen Gutachten vom 5. Oktober 2009, dass beim vorgenommenen Eingriff vom 20. Oktober 2008 durch die Lipomentfernung auf der rechten Seite in der oberen Nackenregion der Nervus

occipitalis

major (evtl. auch der

Nervus

occipitalis

tertius) verletzt worden sei (Urk. 8/53/3). 2.4

Prof. K.____ legte in seinem chirurgischen Gutachten vom 18. April 2010 dar, dass mit dem Grad einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit eine Läsion des Nervus

occipitalis

major anlässlich der Lipomoperation ausgeschlossen werden könne. Die subjektiv geäußerten Beschwerden im Sinne einer Occipitalis - Neuralgie seien nachvollziehbar und überwiegend wahrscheinlich in Zusammenhang mit einem oberen Cervicalsyndrom bei Status nach zweimaliger Auffahrkollision (2001 und 2006) zu sehen (Urk. 8/53/24-25). 2.5

Neurologe Dr. F.____ nannte in seinem Bericht vom 18. Mai 2010 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Spannungskopfschmerzen. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er einen Status nach Entfernung eines Lipoms nuchal links und eines Atheroms occipital rechts am 20. Oktober 2008 fest (Urk. 8/32/1). In seinem Bericht vom 12. November 2008 zuhanden Dr. E.____ hatte Dr. F.____ erklärt, dass sich die im Anschluss an die operative Entfernung des Lipoms nuchal links und des Atheroms occipital rechts am 20. Oktober 2008 aufgetretenen Schmerzen rechts occipital organisch nicht erklären lassen würden. Denkbar wäre höchstens eine lokale Gewebsirritation, Hinweise für eine Verletzung neuraler Strukturen fänden sich jedoch keine (Urk. 8/32/5-6). 2.6

Dr. I.____ erklärte in ihrer Stellungnahme vom 25. Mai 2010, dass sich aus dem Gutachten von Prof. K.____ aus neurologischer Sicht keine neuen Aspekte ergeben würden, die ihre im Gutachten vom 2. Oktober 2009 gemachte Beurteilung verändern würde (Urk. 8/55/6).

Auch Dr. J.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Juni 2010 zum Gutachten von Prof. K.____ an seiner Beurteilung und an den gemachten Schlussfolgerungen im Gutachten vom 5. Oktober 2009 fest (Urk. 8/52/4). 2. 7

Hausarzt Dr. G.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 9. Juni 2010 ein chronisches neuralgiformes

cervicooccipitales Schmerzsyndrom rechts im Anschluss an eine Atheromentfernung
occipital rechts am 20. Oktober 2008, DD: iatrogene Läsion des Nervus
occipitalis

major rechts. Aufgrund der Schmerzen und der Medikamentennebenwirkungen sei die
Beschwerdeführerin vom 20. Oktober 2008 bis zum 8. Februar 2009 zu 100 %
arbeitsunfähig gewesen. Erst ab dem 9. Februar 2009 habe sie ein Teilpensum von maximal
50 % mit erneuten Unterbrüchen aufnehmen können. Seit ca. einem Jahr habe er die
Beschwerdeführerin aber lediglich wiederholt wegen Bagatellerkrankungen gesehen und
sich in die aktuelle Schmerzbehandlung nicht eingemischt (Urk. 8/35). 2.8

Psychiaterin Dr. H.____

stellte in ihrem Bericht vom 13. Juli 2010 als Diagnosen mit Auswirkung auf die
Arbeitsfähigkeit seit (1) eine depressive Störung, schwergradige Episode ohne Suizidalität
(ICD-10 F32.2), (2) eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0), (3) eine Karzinophobie (ICD-10
F45.2), (3) eine mässig ausgeprägte generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und (4)
einen neuropathischen Schmerzzustand im Ausbreitungsgebiet des Nervus

occipitalis

major rechts (bei Status nach Lipom- und Atherom-Exzision am 22. Oktober 2008).
Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie keine. In ihrer zuletzt
ausgeübten Tätigkeit als Kontrolleurin an der Etikettiermaschine sei die
Beschwerdeführerin seit mindestens 18. Februar 2010 (Behandlungsbeginn bei Dr. H.____)
zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/38/3-6). 2.9

Im Bericht der D.____

vom 10. Mai 2010 wurde die im Bericht vom 5. Mai 2009

gestellte Diagnose erneut bestätigt (vgl. E. 2.1). Die Beschwerdeführerin sei für die zuletzt
ausgeübte Tätigkeit seit dem Operationstag zu 100 % arbeitsunfähig. Auch eine
behinderungsangepasste Tätigkeit sei im Moment nicht möglich (Urk. 8/33/6-7). 2. 10

In der polydisziplinären Expertise vom 6. Januar 2011 erhoben die L.____ -Gutachter keine
Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die
Arbeitsfähigkeit seien (Urk. 8/56/21): (1) ein Status nach Exzision eines Lipoms im
Hinterkopfbereich rechts paramedian (ca. 2.5 cm oberhalb der Linea

nuchae, ca. 2-4 cm paramedian quer verlaufende Narbe) mit Operationsdatum 20. Oktober
2008 mit wahrscheinlicher Teillastschädigung des Nervus

occipitalis

major links, jedoch medizinisch-theoretisch nicht nachvollziehbarer Schmerzintensität und
Schmerzausweitung (2) ein Status nach Exzision Atherom nuchal-mittelständig ohne
Folgebeschwerden (3) eine mögliche leichte cervico-occipitale Funktionsstörung (4) ein
chronisches Schmerzsyndrom mit histrionischer Schmerzverarbeitung bei histrionisch
akzentuierter Persönlichkeit (ICD-10 Z73) (5) eine phobische Störung (ICD-10 F40)

Die L.____ -Gutachter gaben an, für die angestammte Tätigkeit gelte zumindest ab dem
Untersuchungszeitpunkt (20. bzw. 21. Oktober 2010, vgl. Urk. 8/72/3) eine
Arbeitsfähigkeit von 100%. Dies gelte auch für alle Verweistätigkeiten, die einer

gleichaltrigen gesunden Frau zumutbar wären. Retrospektiv sei der zeitliche Verlauf des Grades der Arbeitsunfähigkeit nicht zuverlässig beurteilbar (Urk. 8/56/23-25). 2.11

Dr. H.____ hielt in ihrem Bericht vom 2. September 2011 als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), (2) eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) mit Hyperventilation (ICD 10 F45.33), (3) eine Karzinophobie

(ICD-10 F40.2) und (4) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.42) fest. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie keine. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin als zu 100 % nicht arbeitsfähig zu beurteilen (Urk. 8/74/9-11). 3.

3.1

3.1.1

Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie, hat im neurologischen Teil des L.____-Gutachtens vom 20. Oktober 2010 detaillierte und nachvollziehbare Befunde erhoben und Diagnosen gestellt. Sein Gutachten basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung und wurde in Kenntnis der Vorakten (A namnese) abgegeben. Er hat die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt (Urk. 8/56/1-18). 3.1.2

Dr. Q.____

führte aus, dass die Beschwerdeführerin nach der Operation vom 20. Oktober 2008 einen subjektiv völlig therapieresistenten Schmerz geltend gemacht habe.

Einerseits würden die Schmerzcharakteristiken teilweise neuropathisch geschildert, andererseits hätten

alle bisherigen Therapiemassnahmen inklusive Narbeninfiltration, Unterspritzung, Lokalanästhesie, Wurzel C2-Blockade und auch gezielte Blockade des Nervus

occipitalis

major nach den aktuellen Ausführungen der Beschwerdeführerin zu keinerlei Schmerzlinderung geführt, paradoxerweise eher zu einer Verschlechterung (einzig bei der Radiofrequenzneurotomie am Ganglion sei nach Aktenbefund eine vorübergehende Besserung beschrieben worden [Urk. 8/56/22]). Gehe man von der Lokalisation der Operationsnarbe aus, 2,5 cm oberhalb der Linea

nuchae, so sei lediglich eine Schädigung eines Teilstes des Nervus

occipitalis

major denkbar, mit hoher Wahrscheinlichkeit jedoch nicht eine Schädigung dessen Hauptstammes. Dies bedeute, dass bei dieser ausgesprochen oberflächlichen Lage (Dicke der Kopfhaut wenige Millimeter) schon eine einfache Lokalanästhesie mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Linderung hätte bewirken müssen, schwierige anatomische Verhältnisse seien hier nicht zu erwarten. Im Übrigen seien diverse Massnahmen von schmerztherapeutisch versierten Behandlern vorgenommen worden. Auch die völlige Unwirksamkeit der durchaus korrekt durchgeführten analgetischen Massnahmen mit Membranstabilisatoren (Lyrica bis 300 mg, Gabapentin bis 1'800 mg/d, Carbamazepin bis

600 mg) und Thymoleptanalge tika erscheine se hr ungewöhnlich (Urk. 8/56/17).

Weiter legte Dr. Q. ___ dar, dass die Beschwerdeführerin eine Berührung im Okzipitalbereich als höchst schmerzhaft und nicht tolerabel mit entsprechendem Abwehrverhalten quittiere. Andererseits sei bei Ablenkung und Palpation des ebenfalls als schmerzhaft angegebenen, zervikothorakalen Übergangsbereichs und der dort lokalisierten Muskulatur eine unbemerkte, gleichzeitig ausgeübte Druckwirkung mit der anderen Hand am zuvor überaus schmerzhaft behaupteten rechten okzipitalen Kopfbereich nicht abgewehrt und beklagt worden. Selbst im Bereich der als überaus schmerzhaft angegebenen Narbe sei der dortige Druck dann plötzlich nicht mehr abgewehrt worden (Urk. 8/56/15). Ferner sei auch die Untersuchungsstelle im zervikothorakalen Übergangsbereich bei einer anderweitigen Untersuchung nicht mehr druckempfindlich ausgefallen. Diese sehr offensichtlich aufmerksamkeitsbezogene wandernde Schmerzverhalten sei organisch neurologisch nicht begründbar

(Urk. 8/56/18). Da sowohl Berührungen als auch Druck im angegebenen schmerzintensiven Areal bei Ablenkung durchaus problemlos toleriert würden, würde dies am ehesten dem objektiven Schmerzempfinden entsprechen (Urk. 8/56/23 , Konsilium). Angesichts des von Dr. Q. ___ in seiner Untersuchung mehrfach

beobachteten stark variierenden Schmerzempfindens der Beschwerdeführerin ist diese Schlussfolgerung g einleuchtend und nachvollziehbar .

Schliesslich erklärte Dr. Q. ___ , es sei zu vermuten, dass es im Verlauf der Operation zu einer leichten Teillastschädigung des Nervus

occipitalis im Narbenbereich gekommen sein dürfte und möglicherweise ein isolierter neuropathischer Schmerz vorübergehend bestanden habe. Bei Ablenkung lasse sich aktuell jedoch keine relevante Allodynie mehr objektivieren (Urk. 8/56/19). Eine intensive Abklärung inklusive MRI der Halswirbelsäule, MRI- Kranium , Duplexsonographie der hinversorgenden Arterien sowie EEG sei

ohne richtungweisende Pathologie geblieben. Das im neurologischen Gutachten von Dr. I. ___

vom 2. Oktober 2009 beschriebene Tinel -Phänomen (Urk. 8/54/7) sei aktuell nicht mehr nachweisbar . Auch eine gezielte Auslösung der Schmerzen durch passive Kopfbewegung liege nicht mehr vor. Vielmehr sei ein allgemein algophobes Verhaltensmuster erkennbar, selbst bei einer einfachen Babinskiprüfung . Bezüglich der „ International Headache Society

Classification “ sei festzuhalten, dass Dr. I. ___

den Kriterien A. und B. im Prinzip subjektive Angaben zugrunde gelegt habe , die letztlich nicht sicher überprüfbar seien. Die Verlässlichkeit der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin sei durch die offensichtliche Inkonsistenz und Verdeutlichungsbe-
mühung aber

zumindest kritisch zu sehen

(Urk. 8 /56/22, Konsilium). Letztlich ergebe sich aus organisch neurologischer Sicht keine versicherungsmedizinisch hinreichend relevante Diagnose, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnte (Urk. 8/56/19). 3.1 . 3

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass Dr. Q.____ die Vermutung äusserte, es könnte beim operativen Eingriff vom 20. Oktober 2008 zu einer Teilstschädigung des Nervus

occipitalis

major gekommen sein (und er auch das mögliche Bestehen von vorübergehenden neuropathischen Schmerzen nicht verneinte). Eine allfällige Schädigung des Hauptstammes des Nervus

occipitalis

major schloss er ebenfalls nicht kategorisch aus, auch wenn er eine solche für sehr unwahrscheinlich hielt. Das objektive Schmerzempfinden der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung vom 20. Oktober 2010

offen sichtlich wesentlich geringer war als die angegebene Schmerzintensität,

intensive Abklärungen keine richtungsweisende Pathologie ergaben und praktisch sämtliche an sich erfolgversprechenden Behandlungsversuche

fehlschlugen,

kam Dr. Q.____

indes

zum Schluss, dass aus neurologischer Sicht zumindest ab Gutachtenszeitpunkt

keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Die seine Begründung ist

plausibel und

Dr. Q.____ Einschätzung betreffend Arbeitsfähigkeit gestützt auf die von ihm genannten Befunde

einleuchtend. 3.1.4

Dass zur exakten Lokalisation der OP-Narbe eine Kahlrasur erforderlich wäre – wie die Beschwerdeführerin vorbrachte

– vermag nicht zu überzeugen. Dr. Q.____ konnte die Narbe im Rahmen seiner Untersuchungen offenbar

lokalisieren (Urk. 8/56/15). Entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin hat

Dr. Q.____ weiter auch

das

chirurgische Gutachten Dr. J.____ vom 5. Oktober 2009 und dessen Stellungnahme vom 1. Juni 2010 berücksichtigt und angemessen gewürdigt (Urk. 8/56/10 -11 und Urk. 8/56/23). Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat

sich Dr. J.____

im Übrigen nicht geäußert. 3.1.5

Dr. Q.____ neurologisches L.____ - Gutachten bildet demnach eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage. 3.2.3.2.1

Dr. med. R.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, hat im rheumatologischen Teil des L.____-Gutachtens vom 21. Oktober 2010 ebenfalls detaillierte und nachvollziehbare Befunde und eine entsprechende Diagnose erhoben. Sein Gutachten basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Er hat die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Die medizinischen Zustände und Zusammenhänge hat er einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen begründet (Urk. 8/56/19-20 und Urk. 8/56/31-37). 3. 2.2

Dr. R.____ erklärte insbesondere, dass die

im Aktengutachten von Prof. K.____ geäußerte Auffassung, wonach vermutlich ein ursächlicher Zusammenhang (der Schmerzen im Nacken-/ Hinterkopfbereich) mit zwei von der Beschwerdeführerin erlebten Distorsionsereignissen an der Halswirbelsäule durch Autounfälle (30. August 2001 und 29. November 2006) bestehe, schwierig nachvollziehbar sei. Das erste Ereignis habe gemäss Akten nach wenigen Wochen der analgetischen Behandlung abgeschlossen werden können. Das zweite gehe aus den nachträglich zugestellten Akten hervor, die Beschwerdeführerin habe diese Ereignisse in der anamnestischen Erhebung jedoch nicht erwähnt. Es erscheine deshalb kaum plausibel, dass sich diese zwei alten, sieben bzw. zwei Jahre zurückliegenden Ereignisse ausgerechnet ab dem Operationstag im Oktober 2008 im Sinne einer massiven Reexazerbation geäußert haben sollten (Urk. 8/56/34). Diese Ausführungen Dr. R.____ sind ohne Weiteres nachvollziehbar. Ausserdem hat keiner der im Rahmen des vorliegenden Verfahrens involvierten Ärzte die von Prof. K.____ aufgestellte Vermutung gestützt.

Weiter stellte auch Dr. R.____

bei der Beschwerdeführerin gewisse Verdeutlichungstendenzen fest.

So gab er an, dass die Schilderungen der Beschwerdeführerin wortreich und von vielen Gesten begleitet seien. Zeitweise halte sie sich demonstrativ mit beiden Händen den Kopf und zeige eine ausgeprägte Verzerrung ihrer Gesichtszüge (Urk. 8/56/33). 3.2.3

Dr. R.____ rheumatologisches L.____-Gutachten stellt daher ebenfalls eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage dar. 3. 3

Es ist folglich festzuhalten, dass aus somatischer Sicht ab Gutachtenszeitpunkt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. 3.4 3.4.1

Auch Dr. med. S.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, hat im psychiatrischen Teil des L.____-Gutachtens vom 21. Oktober 2010 detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben. Sein Gutachten basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Er hat die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. 3.4.2

Dr. S.____ gab an, die Beschwerdeführerin rücke anlässlich der psychiatrischen Exploration ein anhaltendes parieto-occipitales Schmerzsyndrom von subjektiv extremer Ausprägung in den Vordergrund ihrer Beschwerden. Gleichwohl zeige sich in Psychomotorik, Gestik, Mimik sowie Denken und Affektregulation keine Gefangenheit im Schmerzerleben. Auch die von der Beschwerdeführerin berichteten Konzentrationsstörungen würden sich in der

psychiatrischen Exploration nicht nachvollziehen lassen. Eine tiefgreifende depressive Herabgestimmtheit finde sich ebenfalls nicht. Einzelne depressive Merkmale seien zwar erkennbar, aber die diagnostischen Algorithmen einer leichten, mittelschweren oder gar schweren Depression würden nicht vorliegen. Sozialmedizinische Relevanz erwachse aus den von der Beschwerdeführerin mitgeteilten phobischen Ängsten (Karzinophobie , agoraphobische Anklänge) nicht (Urk. 8/56/43-44) . Die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt, insbesondere liege keine psychiatrische Komorbidität von versicherungsmedizinischer Relevanz vor (Urk. 8/56/29). Somit bestehe bei der Beschwerdeführerin sowohl in ihrer bisherigen als auch in einer behinderungs angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %

(Urk. 8/56/43-44). 3.4.3

In der Stellungnahme vom 6. Juli 2011 präzisierten

Dr. S.____ und die beiden anderen

L.____ -Gutachter, dass keine Hinweise auf ein psychotisch depressives Geschehen vorlägen . Eine Verminderung des psychoenergetischen Potenzials lasse sich nicht feststellen, auch eine Anhedonie bestehe nicht. Die Angsterkrankung der Beschwerdeführerin mit agoraphobischen und karzinophobischen Zügen sei mit Blick auf die erhaltenen psychischen Funktionen des Erlebens, Handelns, Gestaltens und Wollens nicht so ausgeprägt, dass daraus eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere. Die psychopathologischen Befunde, die ausgesprochen lebhaft Psychomotorik mit ausladenden Bewegungen, kontrastierend zu den Angaben der Beschwerdeführerin, solche Bewegungen würden stärkste Schmerzen hervorrufen, seien aus psychiatrischer Optik als Ausdruck einer histrionischen Akzentuierung des Verhaltens zu deuten . Eine histrionisch akzentuierte Persönlichkeitsstruktur sei unter anderem gekennzeichnet durch theatralisch übertriebenen Ausdruck, erhöhte Kränkbarkeit und erhöhtes Verlangen nach Anerkennung. An keiner Stelle des psychiatrischen Teilgutachtens werde eine histrionische Persönlichkeitsstörung angenommen. Auch eine Simulation der Beschwerden werde nicht angenommen. Das Gutachten führe lediglich aus, weshalb die Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund ihrer Persönlichkeitsstruktur die empfundenen Schmerzen in der dargestellten Form zum Ausdruck bringe. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit könne aus einer – ohnehin nicht krankheitswertigen – Persönlichkeitsakzentuierung nicht resultieren. Wenn seitens der Prozessbevollmächtigten ausgeführt werde, die Beschwerdeführerin habe freiwillig in einem 130 % -Pensum gearbeitet, so möge dies sogar die Annahme der beschriebenen Persönlichkeitsstruktur stützen, da das Bewältigen eines solchen Arbeitspensums durchaus als Ausdruck eines erhöhten Verlangens nach Anerkennung interpretiert werden könne (Urk. 8/72/2). 3. 4. 4

Was die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. H.____ vom 13. Juli 2010 (Urk. 8/38/3-8) und vom 2. September 2011 (Urk. 8/74) betrifft, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass Berichte einer behandelnden Ärztin aufgrund der auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zur Patientin grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Wie erwähnt, erkannte Dr. S.____

bei der Beschwerdeführerin - offensichtlich unter Berücksichtigung der Anamnese

– einzelne depressive Merkmale , verneinte indes deren versicherungsrechtliche Relevanz. Der Vorwurf von Dr. H.____ , Dr. S.____ habe es unterlassen, die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden und Einschränkungen in seine Beurteilung zu integrieren (Urk. 8/74/11) , vermag unter diesen Umständen nicht zu überzeugen. Ferner ist in diesem Zusammenhang auch zu beachten, dass das in der Medizin weit verbreitete bio-psycho- soziale Krankheitsmodell, auf das Dr. H.____ sich berief , weiter gefasst ist als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung . So finden psychosoziale und soziokulturelle Faktoren in einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell Platz , für den rechtlich massgebenden Begriff des Gesundheitsschadens spielen sie grundsätzlich jedoch

keine Rolle (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts I 616/05 vom 2. März 2006 E. 2.3).

Dr. Q.____ erachtete eine Teillastschädigung des Nervus occipitalis

major beim operativen Eingriff vom 20. Oktober 2008 zwar als wahrscheinlich und vorübergehende Schmerzen als möglich. Er und Dr. R.____ kamen im L.____ -Gutachten aber beide zum Schluss, dass sich das aktuelle Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin organisch bzw. somatisch nicht erklären lasse (Urk. 8/56/22 und Urk. 8/56/35). Weiter waren namentlich auch Dr. S.____

eigene Befunde hinsichtlich Psychomotorik der Beschwerdeführerin unauffällig. Aus diesen Gründen geht der Einwand

Dr. H.____ , Dr. S.____ Gutachten sei unvollständig, weil er sich nicht zum Einfluss allfälliger somatischer Anteile am chronischen Schmerzgeschehen geäußert habe (Urk. 8/74/3) ,

ebenfalls fehl.

Sowohl Dr. S.____ (Urk. 8/56/43) als auch Dr. H.____ (Urk. 8/38/3 und Urk. 8/74/9) diagnostizierten bei der Beschwerdeführerin eine phobische Störung bzw. Angststörung. Uneinig waren sich die beiden Psychiater allerdings

bezüglich des Schweregrades und der Frage, ob die Angststörung einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe .

Diesbezüglich ist vorab 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). Angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführer in Auto fährt (wenn

auch – ebenfalls ihren eigenen Angaben zufolge - nur kurze Strecken und in Begleitung) und wenige Monate vor der L. ___ - Begutachtung nach T. ___ in die Ferien flog (Urk. 8/56/40), erscheint die von Dr. H. ___ beschriebene inva lidisierende eingeschränkte Wegefähigkeit sodann wenig plausibel.

Auch die Aussage Dr. H. ___ im Bericht vom 2. September 2011 , es würde keine unerklärbaren Widersprüche geben, welche Zweifel an der Existenz der Schmerzen der Beschwerdeführerin erwecken könnten (Urk. 8/74/7) , verträgt sich in ihrer Eindeutigkeit und Zweifellosigkeit schlecht mit der Tatsache, dass im zuvor erstellten polydisziplinären L. ___ - Gutachten weder aus neurologischer noch aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht eine Erklärung für die angegebenen Schmerzen gefunden werden konnte , sondern viel mehr ein offensichtlich aufmerksamkeitsbezogenes, wanderndes – und insofern höchst inkonsistentes – Schmerzverhalten festgestellt wurde (vgl. E. 3.1.2).

Weiter hat Dr. S. ___ – unter Verweis auf die übertriebene Darstellung ihres Schmerzempfindens und das erhöhte Verlangen nach Anerkennung im Zusammenhang mit ihrem früheren 130%-Arbeitspensum - begründet dargelegt, weshalb bei der Beschwerdeführerin eine histrionische akzentuierte Persönlichkeitsstruktur bzw. -akzentuierung erkennbar sei. Dies vermag Dr. H. ___ nicht zu widerlegen.

Betreffend die von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Symptomfragebögen (Beck-Depressions-Inventar und der Hamilton Anxiety

Scale , Urk. 8/38/5) ist

noch anzumerken , dass diese Testergebnisse ausschliesslich auf subjektiven Angaben beruhen , die zwar im therapeutischen Rahmen nützlich, für die Zusprache von Sozialversicherungsleistungen aber nicht ausschlaggebend sein können (Entscheid des Bundesgerichts 9C_950/2009 vom 25. November 2010 E. 3). 3.4. 5 Demnach stellt auch Dr. S. ___ psychiatrisches L. ___ -Gutachten eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage dar. Dr. H. ___ Berichte vom 13. Juli 2010 und 2. September 2011 vermögen dessen Beweiswert nicht zu erschüttern. 3.4. 6 Dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen der Berichterstattung Dr. H. ___ vom 13. Juli 2010 und der Begutachtung am 20. Oktober 2010 erheblich verbessert hätte, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Ebenso hat Dr. H. ___ im Bericht vom 2. September 2011 nicht begründet dargetan, dass nach der Begutachtung vom 20. Oktober 2010 eine relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands eingetreten wäre.

Es ist deshalb festzuhalten, dass aus psychiatrischer Sicht

nicht erst ab Gutachtenszeitpunkt ,

sondern bereits im Zeitraum davor eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen ist. 3.5

3.5.1

Zu prüfen bleibt , ob bereits vor der L. ___ -Begutachtung ein befristeter Rentenanspruch der Beschwerdeführerin entstanden ist. Das sogenannte Wartejahr lief vorliegend frühestens am 20. Oktober 2009 , das heisst ein Jahr nach dem operativen Eingriff vom 20. Oktober 2008, ab

(Art. 28 Abs. 1

lit . b IVG) . Die Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin erfolgte am 1 6. April 200 9. Der frühest mögliche Beginn eines Rentenanspruchs wäre daher der 1. Oktober 2009 (Art. 29 Abs. 1 IVG). Voraussetzung für einen Rentenanspruch wäre eine min destens 40%ige Invalidität nach Ablauf des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit . c IVG, vgl. E. 1.3). 3.5.2

Die Beschwerdegegnerin ist ihrer Pflicht zur Abklärung des rechtserheblich en Sachverhalts im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes

vorliegend nachge kommen und hat insbesondere Berichte von allen behandelnden Ärzten eingeholt sowie ein für die streitigen Belange umfassendes polydisziplinä res Gutachten erstellen lassen . Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin erklärten die

L.____ -Gutachter , dass sich der zeitliche Verlauf des Grades der Arbeitsunfähigkeit retrospektiv nicht zuverlässig beurteilen lasse (Urk. 8/56/25). Dies ist zunächst

deshalb plausibel, weil sich die älteren fachärztlichen Gutachten bzw. Berichte von Dr. I.____ (Urk. 8/54/1-11), Dr. J.____ (Urk. 8/53/1-6), Prof. K.____ (Urk. 8/53/11-27) und Dr. F.____ (Urk. 8/32/5-6) zur Frage, ob es bei der Operation vom 2 0. Oktober 2008 zu einer Nervenschädigung

kam (und folglich auch zu einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit) , diametral widersprechen.

Die L.____ -Gutachter legten

sodann zutreffend dar, dass Dr. I.____ in ihrem (von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen) Gutachten bezüglich der Schmerzen sehr stark auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt habe (Urk. 8/72/3). Andererseits liegt für den Zeitraum vom 2 0. Oktober 2009 (frühest möglicher Ablauf des Wartejahres) bis zum 2 0. Oktober 2010, als die Beschwerdeführerin vom L.____ begutachtet wurde,

lediglich eine vom behandelnden Chiropraktiker Dr. P.____ bescheinigte, nicht hinreichend begründete Arbeitsunfähigkeit vor (Bericht der D.____ vom 1 0. Mai 2010, Urk. 8/33/7, vgl. auch Unterschrift auf Urk. 8/ 12/8). Hausarzt Dr. G.____ erklärte in seinem Bericht vom 9. Juni 2010, dass er die Beschwerdeführerin im vergangenen Jahr lediglich wiederholt wegen Bagatellerkrankungen gesehen habe und sich in die Schmerzbehandlung nicht einmische. Das Festlegen der Arbeitsfähigkeit erfolge in der D.____ (Urk. 8/35/2). 3.5.3

Aufgrund des Gesagten könnte für den hier massgeblichen Beurteilungszeitraum zwischen dem 2 0. Oktober 2008 und dem 2 0. Oktober 2010

auch eine neuerliche

fachärztliche Begutachtung keinen Aufschluss darüber bringen , ob und inwiefern die Beschwerdeführerin damals in rentenrelevanter Weise in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Letztlich liegt für die Zeit vor der L.____ -Begutachtung also Beweislosigkeit vor, was sich zu Lasten der Beschwerdeführerin auswirkt, die aus dem unbewiesen gebliebenen und nicht erstellbaren Sachverhalt ein Recht – den Anspruch auf eine IV-Rente – ableiten will. Im Zweifel kann nicht zu ihren Gunsten eine

angebehrte Leistung zugesprochen werden (vgl. E. 1.5). 3.6

Da keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben bzw. überwiegend wahrscheinlich ist, hat die Beschwerdeführerin keinen Rentenanspruch. Die Beschwerde erweist sich demzufolge als unbegründet und ist

abzuweisen. 3. 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 Stefan Kunz -
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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstKreyenbühl RH/TK/IKversandt

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