

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00723 vom 3. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00723

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00723 du 3 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00723 del 3 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1969, war seit 1. Februar 2007 bei der Y.____ (Farben, Lacke, Malutensilien) als stellvertretende Filialleiterin im Farbvertrieb tätig (vgl. Urk. 7/5 Ziff. 5.4), als sie sich am 23. März 2009 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 7/5).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte medizinische Berichte (Urk. 7/17-18, Urk. 7/21, Urk. 7/35-36, Urk. 7/40, Urk. 7/54, Urk. 7/61, Urk. 7/69, Urk. 7/73, Urk. 7/99), Arbeitgeberberichte (Urk. 7/10, Urk. 7/19-20, Urk. 7/26) und Auszüge aus dem individuellen Konto (Urk. 7/14, Urk. 7/53, Urk. 7/100) ein, zog Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) bei (Urk. 7/13, Urk. 7/30, Urk. 7/42, Urk. 7/50, Urk. 7/80, Urk. 7/102) und veranlasste ein Gutachten, das am 29. März 2011 erstattet wurde (Urk. 7/94).

Mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2011 stellte die IV-Stelle der Versicherten eine Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/14). Nach Eingang von Einwänden der Versicherten (Urk. 7/122) und weiteren Unterlagen (Urk. 7/120, Urk. 7/124) verneinte sie

mit Verfügung vom 7. Juni 2012 (Urk. 7/138 = Urk. 2) einen Rentenanspruch.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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.

E. 1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden

hypothetischen Erwerbsein kommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 7. Juni 2012 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 5. Juli 2012 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte in materieller Hinsicht, diese sei aufgehoben und es sei ihr ab 1. August 2007 eine volle (richtig: ganze) Invalidenrente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 1-2); eventuell sei die Sache zwecks Einholens eines polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 31. August 2012 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde.

Am 23. November 2012 reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme (Urk. 10) und ein von ihr eingeholtes, am 28. Juni 2012 erstattetes Gutachten (Urk. 11/1) ein. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 13. Dezember 2012 darauf, dazu Stellung zu nehmen (Urk. 13). Am 17. Januar 2013 beantragte die Beschwerdeführerin, die Kosten des Gutachtens in der Höhe von Fr. 17'650.-- seien von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen (Urk. 15). Der Antrag auf eine parteiöffentliche Verhandlung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 5) wurde am 9. August 2012 zurückgezogen (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, seit einer Operation am 3. Oktober 2008 werde die Beschwerdeführerin bezüglich der Tätigkeit als Mitarbeiterin im Farbenverkauf als zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt (S. 1 unten). In näher umschriebenen - leidensangepassten Tätigkeiten bestehe seit Februar 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 2 oben), womit ein Invaliditätsgrad von 31 % resultiere (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, das im Auftrag der Beschwerdegegnerin von den Ärzten des Z.____ erstattete Gutachten leide an

einzelnen - formellen Mängeln (S. 5 ff. Ziff. 1 ff.). Im Sinne materieller Mängel stellte die Beschwerdeführerin zahlreichen Passagen im Gutachten ihre eigene Darstellung gegenüber (S. 7 ff. Ziff.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit und dem Invaliditätsgrad verhält, und gestützt worauf diese Fragen zu beantworten sind. 3. 3.1

A m 1. August 2006 zog sich die Beschwerdeführerin bei einem Fehltritt eine Verletzung am linken Fuss zu (Urk. 7/13/162 Ziff. 4 und 6).

Der erstbehandelnde

Dr. med. A.____, Innere Medizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 24. Oktober 2006 (Urk. 7/13/149) als Diagnose eine Stressfraktur

Naviculare linker Fuss (Ziff. 3; vgl. Skelettszintigraphie vom 8. September 2006, Urk. 7/13/150) und attestierte Arbeitsunfähigkeiten von 50 % und 100 % vom 11. August bis 28. Oktober 2006 (Ziff. 8) und nannte als Datum für die volle Arbeitsaufnahme den 30. Oktober 2006 (Ziff. 9). Dies trug er auch im Unfallschein ein (Urk. 7/13/147).

In seinem Bericht vom 29. Januar 2007 (Urk. 7/13/145) führte Dr. A.____ aus, die Arbeit sei seit dem 30. Oktober 2006 zu 100 % wieder aufgenommen worden (Ziff. 4a). 3.2

Die Ärzte des Zentrums für Fusschirurgie, B.____, berichteten am 9. April 2008 über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 7/13/104-105). Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - traumatisiertes Os tibialis

externum links - Status nach Fussdistorsion links am 1. August 2006

In der Beurteilung führten sie aus, klinisch und radiologisch leide die Beschwerdeführerin an einem traumatisierten Os tibialis

externum links nach einem Distorsionsstrauma am linken Fuss am 1. August 2006. Die Differenzialdiagnose wäre eine Abrissfraktur des Os naviculare, was ihrer Meinung nach eher unwahrscheinlich sei. Sie empfahlen eine Operation (S. 2 oben).

Am 3. Oktober 2008 nahm Dr. med. C.____, B.____, die Operation (Ausschälen Os tibiale externum und transossäre Re-Insertion Tibialis - posterior -Sehne links) vor (Urk. 7/13/79 = Urk. 7/13/33 = Urk. 7/18/1). 3.3

Dr. A.____

führte in seinem Bericht vom 7. April 2009 (Urk. 7/21/1 - 6)

aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit 1995 (Ziff. 1.2) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - traumatisiertes Os tibiale externum links - Status nach Ausschälung des Os tibiale

externum und transossärer Re-Insertion der Tibialis

posterior -Sehne am 3. Oktober 2008

Er attestierte Arbeitsunfähigkeiten von 100 % und 50 % bis 28. Oktober 2006, von 100 % vom 3. Oktober 2008 bis 4. Februar 2009, und von 50 % seit dem 5. Februar 2009 (Ziff. 1.6). 3.4

Vom 24. August bis 30. September 2009 weilte die Beschwerdeführerin in der D.____, worüber mit Austrittsbericht vom 13. Oktober 2009 (Urk. 7/40/6-14 = Urk. 7/42/4-12) berichtet wurde. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): A.

Unfall vom 1. August 2006: Fussdistorsion links Abrisfraktur Os naviculare links - 8. September 2006 Skelettszintigraphie: Stressfraktur am medialen Rand des Os naviculare links mit hier stark vermehrtem Knochenumbau - 3. Oktober 2008: Ausschälen Os tibialis externum und transossäre

Reinsertion

tibialis

posterior -Sehne links - 6. Mai 2009 MRI Rückfuss links: leichtgradige, postoperative, narbige Weichteilveränderung und Ausdünnung der Tibialis

posterior Sehne im Ansatzbereich am Naviculare. Kein Nachweis einer ossären Veränderung. Bursitis subachillea mit Tendinopathie der distalen Achillessehne B.

bekannte Migräne mit Aura C.

Spannungskopfschmerzen D.

Adipositas

Zu Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit wurde ausgeführt, infolge mässiger Symptomausweitung seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der Zumutbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären (S. 2 oben).

Zusammenfassend führten die Berichterstattenden aus, das Beschwerdebild könne insgesamt mit den Befunden und Diagnosen nur ungenügend erklärt werden. Klinisch hätten sich keine Entzündungszeichen am linken Fuss gezeigt. Die Schmerzen sähen sie im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndromes. Klinische Zeichen eines complex regional pain

syndrome (CRPS) seien zu keiner Zeit nachweisbar gewesen (S. 3 unten).

Eine mittelschwere wechselbelastende Arbeit wurde als ganztags zumutbar eingestuft (S. 2 Mitte). 3.5

Am 27. Januar 2010 berichtete Kreisarzt PD Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, über seine gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 7/50/9-14). Bei den aktuellen Beschwerden nannte er vorab die Fuss schmerzen und führte unter anderem aus, gemäss ihren Angaben sei die Beschwerdeführerin seit kurzem wegen Hals- und Nackenbeschwerden in physiotherapeutischer Behandlung und empfinde hierbei einen Zusammenhang mit der Fussproblematik (S. 4 Ziff. 3.1).

In seiner Beurteilung führte er aus, die Patientin habe sich am 1. August 2006 eine Distorsion des linken Fusses zugezogen. Es sei davon auszugehen, dass sich hierbei eine Traumatisierung eines Os tibiale

externum ergeben habe. Hinweise für eine Abrisfraktur ergäben sich nicht; die Verwendung dieser Diagnose sollte unterlassen werden. Aktuell bestehe nach Exzision des

akzessorischen Fussknochens eine weiterhin persistierende Tendinitis der Tibialis - posterior - Sehne. Versicherungsmedizinisch sei eine Verschlechterung eines pathologischen Vorzustandes mit Os tibiale

externum und pathologischer Fussstatik fest zustellen, die mittlerweile spätestens durch den operativen Eingriff eine Richtungsgebung erfahren habe (S. 6 oben).

An der Zumutbarkeit, wie sie in D.____ definiert worden sei, sei festzuhalten. Ergänzend sei jedoch der Patientin ein Stehen und Gehen für nicht länger als 3 Stunden zuzumuten (S. 6 Mitte). 3.6

Die Ärzte des Schmerzzentrums F.____ führten in ihrem Bericht zur Erstkonsultation vom 4. Mai 2010 (Urk. 7/80/57-58) folgende Diagnose an (S. 1 oben): - Zustand nach Exzision Os tibiale

externum und Re-Insertion Tibialis

posterior Sehne vom 3. Oktober 2008 - chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom an der Medialseite des linken Fusses

Bei der Folgekonsultation am 10. Mai 2010 berichtete die Beschwerdeführerin, dass sie das verordnete Medikament Lyrica wegen extrem starken Nebenwirkungen abgesetzt habe (S. 2 oben). 3.7

Dr. C.____, B.____, führte in seinem Bericht vom 18. Mai 2010 (Urk. 7/61/6) aus, mit Ausnahme von kurzen Arbeitsversuchen sei die Patientin seit dem 3. Oktober 2008 arbeitsunfähig, seit dem 1. November 2009 sei sie arbeitslos. Aufgrund der chronischen neuropathischen Schmerzsituation sei sie ans Schmerzzentrum F.____ überwiesen worden. Bezüglich Arbeitsfähigkeit müsse der Erfolg dieser nächsten Behandlungsschritte abgewartet werden. Aus orthopädischer Sicht wäre eine leichte körperliche Arbeit vor allem im Sitzen jedoch zu 50 % zumutbar.

Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 3.1) wandte sich am 8. Juni 2010 an Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und bat sie um Mitbehandlung der Beschwerdeführerin, die hauptsächlich an einem Fusschmerz rechts (richtig: links) leide, dies ohne klares Korrelat und seit einer Fussdistorsion am 1. August 2006. Seit längerem sei klar, dass auch eine Verarbeitungsstörung bestehe und er habe bereits im Herbst 2009 zu einer begleitenden psychiatrischen Behandlung geraten (Urk. 7/80/70).

Die Ärzte des Schmerzzentrums F.____

führten in ihrem Bericht vom 14. September 2010 (Urk. 7/69/6-7) aus, die Beschwerdeführerin sei bis jetzt nur zweimal zur Konsultation gewesen. Betreffend Arbeitsfähigkeit verwiesen sie auf die Ärzte der B.____ beziehungsweise den Hausarzt (S. 2).

Dr. A.____

wandte sich am 23. November 2010 ebenfalls an die Ärzte des Schmerzzentrums F.____ und bat seinerseits darum, die Patientin aufzu bieten (Urk. 7/80/12-13).

3.8

PD Dr. H.____, Neurologie, führte in seinem Bericht vom 30. November 2010 (Urk. 7/80/14-15 = Urk. 7/102/50-51) aus, die Beschwerdeführerin habe ihn aus eigenem Antrieb

aufgesucht. Es bestehe ein Zustand nach einer Distorsion des linken Fusses am 1. April 2006. Anscheinend habe sich ein CRPS entwickelt, die Ansichten hierüber seien aber kontrovers (S. 1 Mitte). Er führte aus, der jetzige Schmerzcharakter kombiniert mit der bestehenden Sensibilitätsstörung sei aus neurologischer Sicht als Allodynie oder Kausalgie zu bezeichnen. Solche Entwicklungen kämen meistens nach Nervenverletzungen vor, hier müsste es sich um eine Verletzung von Endästen des N. saphenus handeln (S. 2 oben). 3.9

Am 29. März 2011 erstatteten die Ärzte des Z.____ ein Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 7/94/2-43 = Urk. 3/4/2). Darin nannten sie folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 Ziff. 5.1): - chronische medial betonte Rückfusschmerzen links, phänomenologisch als „neuropathisch“ zu bezeichnen - Status nach Ausschälen einer Os tibiale

externum und transossärer

Reinsertion der Tibialis

posterior - Sehne am 3. Oktober 2008 - Status nach Distorsion des Rückfusses am 1. August 2006 mit Traumatisierung eines Os tibiale

externum - zumindest teilweise organisch nicht erklärbare Schmerzausweitung.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 29 Ziff. 5.2): - Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) - Adipositas mit Body Mass Index 40.5 kg/m²

Anamnestisch hielten die Gutachter unter anderem eine Gewichtszunahme um etwa 45 kg (mithin von 74 auf aktuell 119 kg) innerhalb der letzten 4 ½ Jahre (mithin seit August 2006) fest (S. 12 Ziff. 3.2.3).

Weiter führten die Gutachter aus, aus orthopädisch-neurologischer Sicht bestehe für Tätigkeiten, die vor allem im Sitzen durchgeführt werden könnten, mit der Möglichkeit für zwischenzeitliche Positionswechsel, eine vollzeitige Arbeitsfähigkeit mit um 20 % vermindertem Rendement, somit eine zumutbare effektiv verwertbare Arbeitsleistung von 80 % . Aus psychiatrischer und interner Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S.

31 Ziff. 6.4).

Die Explorandin erachte sich selbst aus rein somatischen Gründen als nicht mehr arbeitsfähig in jeglicher Tätigkeit. Die deutliche Diskrepanz zur gutachterlichen Beurteilung ergebe sich vor allem dadurch, dass die Explorandin wohl davon ausgehe, sich körperlich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer Arbeitstätigkeit nachgehen zu können. Bei Schmerzverarbeitungsstörungen bestünden immer deutlich höhere Selbstlimitierungen als es sich aus medizinischer Sicht begründen lasse (S. 31 Ziff. 6.6). Zu berücksichtigen sei ferner, dass die Explorandin nach der Operation vom Oktober 2008 ab Februar 2009 wieder zu 50 % in die - nicht optimal angepasste - angestammte Tätigkeit zurückgekehrt sei; es wäre aus heutiger Sicht nicht zu erklären, weshalb sie mittlerweile für jegliche Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sein sollte (S. 31 unten).

Mit einiger Wahrscheinlichkeit spielten bei der Selbsteinschätzung der Explorandin auch der Umstand einer mittlerweile doch schon länger dauernden Absenz vom Erwerbsleben bei gleichzeitiger Ausrichtung von Versicherungsleistungen und derjenige einer langjährigen Tätigkeit in einem Bereich, wo eine Weiterbeschäftigung nun kaum mehr möglich sein

dürfte, eine nicht unwesentliche Rolle (S. 32 oben). 3.10

Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie,

der die Beschwerdeführerin seit Sommer 2010 behandelte (vgl. Urk. 7/80/12-13 S. 2 oben), führte in seinem Bericht vom 6. April 2011 (Urk. 7/102/43-49 = Urk. 3/9) unter anderem aus, die klinischen Befunde wiesen auf eine deutliche Angstentwicklung mit depressiver Überlagerung hin. Die psychiatrische Pathogenese sei über eine reaktive Entwicklung und Maladaptation angesichts von Schmerz und Behandlungsresistenz erfolgt (S. 5 unten).

Am 21. Mai 2011 nahm Dr. I.____ zum Z.____-Gutachten Stellung (Urk. 7/102/35-42 = Urk. 3/8). Er bezeichnete die psychiatrische Befundung als ungenügend (S. 1 ff.) und führte aus, die scheinbare Abwesenheit von psychiatrischen Befunden sei aus den von ihm dargelegten Gründen als das Resultat von Oberflächlichkeit und einer Nicht-zur-Kennntnisnahme zu erkennen (S. 5 Mitte). Dem setzte er seine eigene Beurteilung gegenüber (S. 5 ff.), hauptsächlich dem entsprechend, was er im Bericht vom 6. April 2011 ausgeführt hatte.

Dr. med. J.____, Leitende Ärztin Schmerzzentrum, K.____, führte in ihrem Bericht vom 8. Juni 2011 (Urk. 7/102/52-56)

folgende Diagnosen auf (S. 1 f.): - chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren - am ehesten im Rahmen eines neuropathischen Schmerzsyndroms - Status nach Fussdistorsion am 1. August 2006 - Migräne mit Aura - Adipositas - Status nach zweimaliger akuter Lumbago

Sie führte unter anderem aus, die Schmerzen muteten neuropathisch an, mit Hypästhesien und Dysästhesien im Bereich der Narbe (am linken Fuss). Eine Allodynie (schmerzhafte Sensation eines in der Natur nicht schmerzauslösenden Reizes) habe im Gegensatz zu den Voruntersuchern nicht dokumentiert werden können. In der Untersuchung am Schmerzzentrum habe die Patientin eine Hyperalgesie aufgewiesen; hierbei handle es sich um eine vermehrte Schmerzempfindung auf einen Reiz, der in höherer Intensität Schmerz auslösen könne (S. 2 unten).

Die Patientin weise ein deutliches Schon- und Meideverhalten aus. Sie lebe zurückgezogen und habe aufgrund der Schmerzen einen grossen Teil ihres sozialen Umfeldes verloren. Die Schonhaltung ohne sportliche Betätigung habe auch zu einer deutlichen Gewichtszunahme geführt. Die Patientin habe, zurückgezogen lebend, mehrere dysfunktionale Erklärungsmuster für ihren Schmerz erarbeitet, die das Schon- und Meideverhalten unterstützen (S. 3 Mitte).

In einem Verlaufsbericht vom 11. Juli 2011 führte der Psychiater Dr. I.____

unter Hinweis auf Schmerzen in der linken oberen Extremität, im rechten Handgelenk, im Knie und in der Lendenwirbelsäule (LSW) - aus, die Allgemeinbefindlichkeit der Patientin befinde sich auf dem Weg der Verschlechterung (Urk. 7/99). 3.11

Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, berichtete am 15. Juli 2011 (Urk. 7/105), die Patientin leide seit dem Distorsionstrauma des linken oberen Sprunggelenks (OSG) am 1. August 2006 an chronischen, teilweise invalidisierenden Schmerzen. In der Folge sei es zu einer Gewichtszunahme von gut 30 kg mit somit zusätzlicher Belastung des Fusses und der übrigen Gelenke gekommen. Aktuell leide die Patientin zusätzlich unter

chronischen Knieschmerzen links sowie chronischen lumbalen Rückenschmerzen. Der Gebrauch von Gehstöcken führe zusätzlich zu Schmerzen im Bereich der Handgelenke. Zusätzlich zeige die Patientin das klinische Bild einer Gastritis und Refluxbeschwerden aufgrund der chronischen Schmerzmitteleinnahme.

Dr. I.____

führte in einem Zeugnis vom 19. Oktober 2011 (Urk. 3/10) aus, die klinischen Befunde wiesen auf eine deutliche Angstentwicklung mit depressiver Überlagerung bei neurasthenischer Verfassung hin (S. 1 Mitte). Aus psychiatrischer Sicht würden sich monotone Arbeiten verbieten, sodann auch solche mit zu grossen Schwierigkeiten. Die Anleitung von computergestützten Arbeiten sei wegen Ermüdungsgefahr und der kognitiven Beeinträchtigung als zu wenig stimulierend abzulehnen (S. 1). Es gestatte sich auch kein Bedienen von prinzipiell gefährlichen Maschinen, keine Tätigkeit in einer Umgebung, in welcher die Patientin Lärm- oder anderen stressenden Immissionen ausgesetzt sei, oder solche, wo Kontrollfunktionen übernommen werden müssten (S. 2).

Dr. L.____

führte in einem Zeugnis vom 24. Oktober 2011 aus, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Die Patientin sei fähig für leichte körperliche Arbeit mit häufigem Positionswechsel, ohne längeres Stehen oder Sitzen. Sodann nannte er einige weitere Einschränkungen und führte aus, sein Zeugnis sei in Ergänzung zum psychiatrischen Zeugnis zu verstehen (Urk. 7/120 = Urk. 3/11) . 3.12

Vom 25. November bis 8. Dezember 2011 weilte die Beschwerdeführerin - auf Zuweisung durch Dr. L.____ (vgl. Urk. 3/16) - stationär in der Rheumaklinik des K.____, worüber am 9. Dezember 2011 berichtet wurde (Urk. 3/17). Es wurden folgende Hauptdiagnosen genannt (S. 1): - subakute Cervicobrachialgie rechts - chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren - Status nach Fussdistorsion mit Abrissfraktur des Os naviculare (2006)

Es wurde berichtet, die Patientin habe sich, ohne die physiotherapeutische Behandlung abzuschliessen, und in wenig gebessertem Zustand, für einen vorzeitigen Austritt am 8. Dezember 2011 entschieden (S. 2 unten).

Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 25. November 2011 bis 6. Januar 2011 (richtig wohl: 2012) attestiert (S. 3 oben). 3.13 3.13 . 1

Am 28. Juni 2012 erstatteten Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie FMH, Hauptgutachter, Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, P.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 11/1).

Sie stützt sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), wobei das letzte referierte Aktenstück vom 11. Juli 2011 datierte (S. 25 f. Ziff. 1.104), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 27 f., S. 37 f., S. 48 f.) und die von ihnen erhobenen Befunde.

Ein Untersuchungsdatum findet sich nicht, oder jedenfalls nicht an einer der üblichen Stellen im Gutachten. Aus dem Datum der zusätzlichen Bildgebung (vgl. S. 31 Ziff. 7A.6) ist zu schliessen, dass die Untersuchungen frühestens im November 2011 und spätestens im Juni 2012 erfolgten. 3.13 . 2

Im neurologischen Teilgutachten wurde zu den Befunden ausgeführt, es finde sich eine Hypästhesie im Bereich des ganzen Fusses und eine Allodynie / Hyperpathie im Bereich des distalen medialen Unterschenkels und um den Malleolus herum. Motorische Defizite fänden sich keine, auch sei der übrige neurologische Status unauffällig. Es fänden sich klinisch wie auch elektrodiagnostisch keine Hinweise auf ein zusätzliches radikuläres Problem oder auf eine andere Neuropathie. Hauptbefund seien die Schmerzen neurogener Natur mit Hyperpathie / Allodynie (S. 31 Ziff. 7A.7).

Aus neurologischer Sicht bestehe ein chronisch neurogenes Schmerzsyndrom, welches sich posttraumatisch entwickelt habe. Anamnestisch und anhand der vorliegenden Akten lasse sich nicht genau sagen, inwiefern die neurogenen Schmerzen erst nach der Operation aufgetreten seien. Es gebe gewisse Hinweise darauf; so sei anfänglich lediglich ein Belastungsschmerz beschrieben worden (S. 32 Ziff. 7A.8). PD Dr. H. ___ sei zum Schluss gekommen, dass es sich um neurogene Schmerzen handle. Der neurologische Z. ___ -Teilgutachter habe die Schmerzen als deskriptiv „neuropathisch“ bezeichnet, sehe eine eigentliche neurogene Läsion nicht als wahrscheinlich, weise auf die kontinuierliche Schmerzzunahme während 7 ½ Jahren hin und vermute eine Schmerzverarbeitungsstörung. Dies könne aber die erstgenannte Diagnose (neurogene Schmerzen) nicht entkräften; gerade die kontinuierliche Zunahme zeige, dass hier eine Chronifizierung stattgefunden habe, welche auch zentral fixiert werde (S. 32 unten). Aus neurologischer Sicht betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - im Z. ___ -Gutachten mit 20 % beziffert - mindestens 50 % (S. 33 Mitte).

Die fachspezifischen Diagnosen im neurologischen Teilgutachten lauteten (S. 34 Ziff. 7A.9): - neurogene Schmerzen im Fussbereich links - Saphenuläsion posttraumatisch oder postoperativ bei Zustand nach Sprunggelenksdistorsion am 1. August 2006 mit Stressfraktur Os naviculare linker Fuss - bei Zustand nach Ausschälung Os tibiale

externum und transossäre

Reinsertation

Tibialis

posterior Sehne 3 .13 . 3

Im orthopädischen Teilgutachten wurde zu den erhobenen Befunden unter anderem ausgeführt, die Explorandin sei unfähig zu stehen, deshalb habe sie im Sitzen untersucht werden müssen (S. 42 Ziff. 7B.7). Das obere und das untere linke Sprunggelenk seien in der Bewegung eingeschränkt. Die Prüfung von Pro- und Supination sei stark schmerzhaft und könne eigentlich nicht richtig durchgeführt werden. Die Narbe am linken medialen Fuss sei unauffällig und bleistiftdünn. Es finde sich ein deutlich vermehrtes profuses Schwitzen des linken Fusses gegenüber rechts. Die Lasègue -Prüfung links löse Schmerzen im ganzen linken Fuss aus. Radiologisch fänden sich zum jetzigen Zeitpunkt keine Auffälligkeiten des linken Fusses (S. 42).

In der Beurteilung wurde ausgeführt, gut 6 Jahre nach dem initialen Trauma habe sich eine chronische Situation etabliert (S. 42 Ziff. 7B.8). Zum jetzigen Zeitpunkt bestünden invalidisierende und immobilisierende Schmerzen im linken OSG-Bereich, wodurch die Beschwerdeführerin auf Gehstöcke beziehungsweise zum Teil auch auf einen Rollstuhl angewiesen sei, um mobil zu bleiben (S. 42 f.). Für die Beschwerden im linken Fuss finde sich aus orthopädischer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt kein bildgebendes Korrelat,

insbesondere sei in der am 5. Dezember 2011 durchgeführten MRI-Untersuchung keine Pathologie im linken Fuss ersichtlich. An eine Arbeitsfähigkeit in irgendwelcher Tätigkeit sei in der jetzigen Situation nicht zu denken (S. 43). Als fachspezifische Diagnosen wurden genannt (S. 43 Ziff. 7B.9): - chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken OSG / Fusses - Cervicalsyndrom rechtsbetont mit ausgeprägtem Schulter-/Armsyndrom rechts - Adipositas 3 .13 . 4

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde eine sonstige anhaltende affektive Störung (ICD-10 F34.8) diagnostiziert (S. 56 Ziff. 7C.8). Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, aufgrund des verminderten Antriebs, der verminderten Belastungsfähigkeit und der verlängerten Erholungszeit sowie aufgrund der chronifizierten depressiven Symptomatik wäre allenfalls eine Heimarbeit möglich, allenfalls eine Assistenz Tätigkeit als Kioskverkäuferin ohne spezielle Verantwortung, jedoch maximal zu 50 % (S. 55 unten). 3 .13 . 5

In der „Interdisziplinären integrativen Beurteilung“ wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 57 Ziff. 8.1) : - chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken OSG / Fusses bei Status nach OSG-Distorsion am 1. August 2006 - mit neurogenen und orthopädisch bedingten Schmerzen - bei Saphenusläsion posttraumatisch oder postoperativ bei Zustand nach Sprunggelenksdistorsion - szintigraphisch Nachweis einer Stressfraktur des Os naviculare - nachträgliche Diagnose einer Abrissfraktur des Os naviculare links und Verdickung der Sehnen des M. tibialis

posterior - nachträgliche Diagnose eines traumatisierten Os tibiale

externum links - Status nach Ausschälung des Os tibialis

externum und transossärer

Reinsertion der Tibialis

posterior Sehne links 3. Oktober 2008 - sonstige Anhalte für affektive Störung (ICD-10 F34.8) - bei anhaltender Belastung durch Schmerzsyndrom - Zervikalsyndrom rechtsbetont mit ausgeprägtem Schulter-/Armsyndrom rechts - Adipositas - Migräne - Beschwerden unspezifischer Art mit Lumbalgie, Hüftschmerzen und belastungsabhängige Schmerzen im Handgelenksbereich beidseits mit verursacht durch Gehen an Stöcken und Schmerzschonhaltung

In Zusammenfassung der Teilgutachten (S. 57 f. Ziff. 8.2) wurde unter anderem ausgeführt, anhand der detaillierten neurologischen Untersuchung und der elektrodiagnostischen Untersuchung seien die Schmerzen im Bereich der Füße vorwiegend neurogen. Es könne die bereits früher gestellte Diagnose von neurogenen Schmerzen, verursacht durch eine Läsion des N. saphenus, bestätigt werden. Die dagegen im Z.____-Gutachten vorgebrachten Einwände würden nicht genügen, um diese Diagnose umzustossen. Insbesondere könne auch hier gezeigt werden, dass keine andere Ursache für diese neurogenen Schmerzen in Frage komme (S. 57 unten). 3 .13 . 6

In der „Integrativen Beurteilung“ (S. 58 ff. Ziff. 8.3) wurde ausgeführt, es sei am 1. August 2006 in den Ferien in Q.____ zu einem Stolpern an einer Trottoirkante und in der Folge zu einer Fussdistorsion links gekommen. Vorerst sei man davon ausgegangen, dass es sich um eine einfache Fussdistorsion handle. Auf der Heimreise in die Schweiz und auch im Verlauf habe die Patientin sehr starke Schmerzen gehabt (S. 58). In einer Skelettszintigraphie habe sich eine Stressfraktur im Os naviculare ergeben. Es hätten auch später gegen Ende des

Jahres sehr starke Schmerzen im Stehen und Gehen persistiert, was eine volle Arbeitsfähigkeit nicht möglich gemacht habe (S. 59 oben). Nach Schilderung des weiteren Verlaufs (S. 59 f.) wurde ausgeführt, insgesamt könne gesagt werden, dass auch nach der Operation vom 3. Oktober 2008 die Schmerzen grundsätzlich nicht gebessert hätten und dass die Patientin nach Verlust der Arbeitsstelle auf Ende Juli 2009 eine Chronifizierungsphase mit langsamer Verschlechterung durchlaufen habe. Die Schmerzen hätten sich in letzter Zeit auf tiefem Niveau stabilisiert (S. 60 Mitte).

Sodann führten die Gutachter aus, auch sie kämen zur Überzeugung, dass sich in einem langen, ungünstig sich entwickelndem Krankheitsverlauf „ein chronisches Schmerzsyndrom mit lokalen orthopädisch bedingten und zusätzlich aber relevanten neurogenen Schmerzen“ entwickelt habe. Gleichzeitig sei es bei der Patientin zu einer affektiven Störung gekommen; diese sei durchaus als Reaktion auf diesen für die Patientin sehr ungünstigen Verlauf mit Verlust der Arbeitstätigkeit und mit massiven Reduktionen der sozialen Kontakte zurückzuführen (S. 60 unten).

Anhand der heutigen Befunde seien sowohl aus orthopädischer, psychiatrischer und neurologischer Sicht deutliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit der Patientin gegeben. Letztlich sei „die Arbeitsfähigkeit der Patientin wahrscheinlich in sitzender Position mit entsprechenden flankierenden Massnahmen auf etwa 30 % bei der Notwendigkeit des Führens eines eigenen Haushalts zu veranschlagen. Im Hinblick auf die Fraktionierbarkeit der Hausarbeit in einem 1-Personenhaushalt kann hier eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden.“ (S. 61 oben).

4. 4.1

In einem ersten Schritt ist auf das von der Beschwerdeführerin veranlasste P.____-Gutachten (vorstehend E. 3.13) einzugehen. 4.2

Aus neurologischer Sicht wurde im P.____-Gutachten unter anderem eine post traumatische oder postoperative Saphenusläsion diagnostiziert (E. 3 .13 . 2) und zusammenfassend ausgeführt, die Schmerzen „im Bereich der Füße“ (Plural) seien vorwiegend neurogen. Es könne „die bereits früher gestellte Diagnose von neurogenen Schmerzen, verursacht durch eine Läsion des N. saphenus , bestätigt“ werden. Es könne auch hier gezeigt werden, dass keine andere Ursache für diese neurogenen Schmerzen in Frage komme (E. 3 .13 . 5).

Eine - wie vom neurologischen Teilgutachter angeführt - bereits früher gestellte Diagnose von neurogenen, durch eine Saphenusläsion verursachten Schmerzen gibt es in den im P.____-Gutachten angeführten Akten nicht. Die einzige Erwähnung einer Saphenusläsion findet sich im Bericht von PD Dr. H.____ vom November 2010 (vorstehend E. 3. 8), der ausführte, der jetzige Schmerzcharakter mit der bestehenden Sensibilitätsstörung sei als Allodynie oder Kausalgie zu bezeichnen; derartige „Entwicklungen kommen meistens nach Nervenverletzungen vor. Hier müsste es sich um eine Verletzung von Endästen des N. saphenus handeln.“ PD Dr. H.____ hat mithin keine Diagnose gestellt, schon gar nicht diejenige einer Saphenusläsion , sondern die Begriffe „ Allodynie “ und „Kausalgie“ angeführt, verbunden mit allgemeinen Erörterungen über deren mögliche Ursache und einer im hypothetischen Konjunktiv gehaltenen Erwähnung des Saphenusnervs .

Wer nicht wie vorliegend über die gesamten Akten verfügt und diese konsultiert, wird durch die vom P.____-Gutachter gewählte Formulierung (dem - fach liche Kompetenz vorausgesetzt - die eben dargelegte Unrichtigkeit seiner Aussage bewusst sein musste)

regelrecht in die Irre geführt. Soweit neurologische Aspekte betroffen sind, ist das auf dieser Prämisse aufbauende P.____ -Gutachten nicht verwertbar. 4.3

Der orthopädische Teilgutachter berichtete einleitend, die Beschwerdeführerin habe im Sitzen untersucht werden müssen, da sie unfähig sei, zu stehen (vorstehend 3.13.3). Weitere Ausführungen machte er dazu nicht, was als erheblicher Mangel erscheint, ist doch eine solche Situation (orthopädische Untersuchung im Sitzen) ausweislich der dem urteilenden Gericht in seiner Tätigkeit bisher zur Kenntnis gelangten Gutachten ausgesprochen singulär und bemerkenswert. Dass ein Gutachter solches unkommentiert lässt, ist nicht nachvollziehbar. Es erscheint auch einigermaßen überraschend, dass die Beschwerdeführerin im Untersuchungszeitpunkt gar nicht zum Stehen in der Lage gewesen sein soll. Anlässlich der von ihr gewünschten Instruktionsverhandlung im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren im September 2012 - mithin je nach Untersuchungszeitpunkt (vorstehend E. 3.13.1) 3 bis 10 Monate später - war die Beschwerdeführerin jedenfalls zum Gehen wie zum Stehen durchaus in der Lage.

Unkommentiert liess der orthopädische Teilgutachter auch das auffallende Ausmass der erhobenen Beschwerden, bei denen insbesondere erläuterungsbedürftig erscheint, inwiefern - aus orthopädischer Sicht - das Lasègue-Manöver geeignet sein könnte, Schmerzen (nicht lumbal, sondern) im ganzen Fuss auszulösen. Das Fehlen jeglicher Würdigung fällt umso stärker ins Gewicht, als gleichzeitig ausdrücklich festgehalten wurde, es sei im MRI keine Pathologie im linken Fuss ersichtlich, es finde sich für die Beschwerden kein bildgebendes Korrelat. Wenn derartige Diskrepanzen zwischen angegebenen Beschwerden und objektivierbarer Pathologie nicht einmal ansatzweise thematisiert werden, stellt dies die Schlüssigkeit der gutachterlichen Beurteilung entscheidend in Frage. Wenn schliesslich vor diesem Hintergrund auch noch ohne jede weitere Begründung eine volle Arbeitsunfähigkeit „in irgendwelcher Tätigkeit“ postuliert wird, entfällt die Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Beurteilung vollends.

Infolge der genannten massiven Mängel erweist sich das P.____ -Gutachten hinsichtlich der orthopädischen Aspekte als nicht brauchbar. 4.4

Zwischen dem Inhalt der Gesamtbeurteilung (vorstehend E. 3.13.5) und den Angaben in den Teilgutachten bestehen erhebliche Diskrepanzen. So wurden zusammenfassend gestellten Diagnosen auch in den Teilgutachten gar nicht genannte

Diagnosen aufgeführt. Dies betrifft einerseits die diagnostizierte Migräne und andererseits die Diagnose „Beschwerden unspezifischer Art mit Lumbalgien, Hüftschmerzen und belastungsabhängige Schmerzen im Handgelenksbereich beidseits mitverursacht durch Gehen an Stöcken und Schmerzschonhaltung“.

Sodann wurde unter der Diagnose „Schmerzsyndrom im Bereich des linken OSG / Fusses“ unter anderem angeführt „mit neurogenen und orthopädisch bedingten Schmerzen“. Dies ist nicht nachvollziehbar. Die Schmerzen wurden

ebenfalls im zusammenfassenden Teil - als vorwiegend neurogen charakterisiert, und im orthopädischen Teilgutachten wurde ausdrücklich festgehalten, dass bildgebend keine Pathologie des linken Fusses ersichtlich sei. Wenn dann in der Schlussdiagnose, umstandslos und ohne eine auch nur ansatzweise ersichtliche Begründung, die Schmerzen als auch orthopädisch bedingt postuliert werden, stellt dies die Schlüssigkeit der sogenannten integrativen Beurteilung nachhaltig in Frage. 4.5

In der integrativen Beurteilung (vorstehend E. 3.13.6) wurde zum Verlauf unter anderem angegeben, es hätten auch gegen Ende des Jahres 2006 sehr starke Schmerzen persistiert, was „eine volle Arbeitsfähigkeit nicht möglich“ gemacht habe. Dies steht in klarem Widerspruch zum dokumentierten Umstand, dass vom 30. Oktober 2006 bis zur Operation im Oktober 2008 keine ärztlich attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit existieren. Es mag zutreffen, dass die Beschwerdeführerin auch in dieser Zeit nicht beschwerdefrei gewesen ist, worauf die Intensität der Beanspruchung von medizinischem Fachwissen hin weist, und dass sie womöglich den Gutachtern die fragliche Zeit als belastend und schwierig geschildert hat. Dies ist jedoch klar von der Frage der Arbeitsfähigkeit im für die Rechtsanwendung massgebenden Sinn zu unterscheiden. Wenn im Gutachten von „Arbeitsfähigkeit“ die Rede ist, darf erwartet werden, dass damit der korrekte Begriffsinhalt angesprochen wird. Falls dies zutrifft, ist die Aussage im Gutachten aktenwidrig und falsch. Sollte damit mehr die subjektive Sichtweise der Beschwerdeführerin gemeint gewesen sein, so wäre dies eine ausgesprochen unprofessionelle Begriffsverwendung.

Schliesslich sind auch die zusammenfassenden Angaben zur Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar (vorstehend E. 3.13.6), wonach diese „wahrscheinlich in sitzender Position“ und „bei der Notwendigkeit des Führens eines eigenen Haushalts“ 30 % betragen soll. Es ist weder ausgeführt noch ersichtlich, warum bei der Einschätzung der im Erwerbsbereich aus medizinischer Sicht noch anzunehmenden Arbeitsfähigkeit ein Bezug zur Notwendigkeit der Haushaltsführung hergestellt wird. Mit dem im gutachterlichen Kontext relevanten Begriff der Arbeitsfähigkeit hat dies nichts zu tun, was bei gutachterlich tätigen Medizinern als bekannt vorausgesetzt werden dürfen sollte. Besonders frappierend ist aber der Umstand, dass aus orthopädischer Sicht eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit postuliert wurde, dies im Teilgutachten wie auch in Beantwortung der am Schluss des Gutachtens aufgeführten einzelnen Fragen. Die Angabe einer Arbeitsfähigkeit von 30 % als gemeinsame „integrative“ Feststellung der drei Gutachter ist dazu vollkommen diskrepant. Ob sie dies bemerkt haben, muss offen bleiben; thematisiert wurde der Widerspruch von ihnen jedenfalls nicht. Angesichts einer derartigen Beliebigkeit bezüglich Umfang der postulierten Arbeitsfähigkeit kann auch diesbezüglich auf das Gutachten nicht abgestellt werden. 4.6

Die Aktenzusammenstellung im P.____-Gutachten ist unvollständig. Indem sie sich nur bis zum 11. Juli 2011 erstreckt (vorstehend E. 3.13.1), sind Berichte und Beurteilungen vom Oktober 2011 (vorstehend 3.11) und vom Dezember 2012 (vorstehend E. 3.12) im Gutachten, das am 28. Juni 2012 erstattet wurde, unberücksichtigt geblieben. 4.7

Angesichts dieser vorstehend dargelegten zahlreichen und gravierenden Mängel erweist sich das P.____-Gutachten als unbrauchbar. 5.5.1

Das Z.____-Gutachten betreffend machte die Beschwerdeführerin geltend, ihr Gehöranspruch sei verletzt worden, da sie keine Gelegenheit gehabt habe, zu den Gutachterfragen vorgängig Stellung zu nehmen (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 1 ff.).

Der Einwand ist nicht stichhaltig. Ein Anspruch, sich vorgängig zu den Gutachterfragen zu äussern, besteht erst, seit der ausdrücklich als solchen bezeichneten Änderung der Rechtsprechung (BGE 137 V 201 E. 3.4.2.9), mithin seit Juli 2011; das Z.____-Gutachten wurde Ende März 2011, also deutlich vorher, erstattet. Es liegt auch kein „Ausnahmefall“ im von der Beschwerdeführerin intendierten Sinne vor. Im von ihr angeführten Urteil des

Bundesgerichts (U 253/06 vom 15. März 2007) verhielt es sich (umgekehrt, als von ihr dargestellt) so, dass die Versicherte nur unter der Bedingung zu einer Begutachtung bereit war, dass sie ohne die Zusatzfragen des Haftpflichtversicherers stattfinde, worauf der Unfallversicherer einen Aktenentscheid fällt (Sachverhalt lit. A am Ende); dies wurde vom Bundesgericht als rechtens erachtet (E. 3.4). 5.2

Der weitere Einwand der Beschwerdeführerin, es gehe aus dem Gutachten „nicht hervor, welche natürlichen Personen die Urheber der drei Teilgutachten und des Gesamtgutachtens“ seien (Urk. 1 S. 6 Ziff. 6), ist unverständlich, sind die betreffenden Ärzte doch zu Beginn der fachspezifischen Abschnitte des Gutachtens namentlich erwähnt. Das muss auch die Beschwerdeführerin bemerkt haben, denn sonst hätte sie nicht monieren können, der - von

ihr namentlich genannte - Teilgutachter im internistischen Bereich sei als Orthopäde dafür nicht qualifiziert gewesen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 7). Dieser Einwand selber ist im Übrigen ebenfalls nicht stichhaltig, baut doch die Facharztspezialisierung auf einer allgemeinmedizinischen Grundlage auf, so dass (auch) ein spezialisierter Facharzt sehr wohl in der Lage ist, allgemeinmedizinische Befunde zu erheben. 5.3

In materieller Hinsicht erachtete die Beschwerdeführerin das Gutachten unter Hinweis auf angebliche „Ungereimtheiten“ als mangelhaft (S. 7 Ziff. 9). Bei den von ihr in diesem Zusammenhang angeführten Punkten handelt es sich um korrigierende Anmerkungen zu verschiedenen Formulierungen im Gutachten in dem Sinne, dass ihrer Darstellung gemäss die Untersuchung nicht genau so erfolgt sei wie im Gutachten berichtet (S. 7 ff. Ziff.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 9

ff.) und nahm Bezug auf eine von ihrem behandelnden Psychiater erstellte Stellungnahme zum Gutachten (S. 15 ff. Ziff. 34 ff.). Ferner äusserte sie sich zum aktuellen Gesundheitszustand (S. 19 ff.), zum Validen- und zum Invalideneinkommen (S.

23).

In ihrer ergänzenden Eingabe vom 23. November 2012 führte sie aus, weshalb auf das von ihr veranlasste Gutachten abzustellen sei (Urk. 10).

E. 10

ff.). Inwiefern solche Unterschiede in Wahrnehmung, Erinnerung und Wiedergabe materielle Mängel des Gutachtens darstellen sollen, geht aus den Ausführungen nicht nachvollziehbar hervor und ist auch sonst nicht ersichtlich. 5.4

Sodann machte sie geltend, in psychiatrischer Hinsicht sei auf die Beurteilung durch ihren behandelnden Psychiater und nicht jene des Z.____-Gutachters abzustellen, dies „im Hinblick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, dass die Erkenntnisse des behandelnden Psychiaters von zentraler Bedeutung sind“ (Urk. 1 S. 15 Ziff. 34).

Mit dieser Aussage verkehrt die Beschwerdeführerin die massgebende Rechtsprechung in ihr Gegenteil, denn die „von der versicherten Person eingebrachten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen.

Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 35 2. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E.

3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte de nn auch kaum je in Frage kommen“ (BGE 135 V 465 E.

4.5).

Auch dem von der Beschwerdeführerin angeführten Urteil (I 58/06 vom 13. Juni 2006) ist im Widerspruch zu ihrer Darstellung (lediglich) zu entnehmen, dass bei der psychiatrischen Begutachtung fremdanamnestiche Abklärungen nicht unerlässlich seien (E. 2.3). Das Bundesgericht selber hat auf dieses Urteil wie folgt Bezug genommen: „Bei psychischen Störungen ist eine Fremdanamnese ebenso wie (schriftliche oder mündliche) Auskünfte des behandelnden Arztes (...) häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich“ (Urteil 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1) . 5.5

Die Vorbringen der Beschwerdeführerin hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung beruhen somit auf nachweisbar und offensichtlich falschen Prämissen bezüglich der massgebenden Rechtsprechung .

In Anwendung der genannten Rechtsprechung sind die Vorbringen gerade nicht geeignet, die Entscheidungsfindung im von der Beschwerdeführerin intendierten Sinn zu lenken, und erweisen sich somit als unmassgeblich. 5.6

Weitere Einwände gegen das Z.____-Gutachten sind sodann weder geltend gemacht noch sonst wie ersichtlich. Damit erweist sich dieses als alle massgebenden Kriterien (vorstehend E. 1.3) erfüllend und damit beweiskräftig.

Dementsprechend ist die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit so zu umschreiben wie im Z.____-Gutachten, nämlich dass für Tätigkeiten, die vor allem im Sitzen durchgeführt werden können, mit der Möglichkeit für zwischenzeitliche Positionswechsel, eine vollzeitige Arbeitsfähigkeit mit um 20 % verminderter Rendement, somit eine zumutbare effektiv verwertbare Arbeitsleistung von 80 % besteht .

In diesem Sinn ist der medizinische Sachverhalt als erstellt zu erachten. 6. 6.1

Die Beschwerdegegnerin hat im Rahmen der Invaliditätsbemessung bezogen auf das Jahr 2009 ein Valideneinkommen von rund Fr. 79'712.-- angenommen (Urk. 7/112).

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, das Einkommen aus dem Haupterwerb auf das Jahr 2009 hochzu rechnen (Urk. 1 S. 23 Ziff. 1).

Der Einwand geht fehl. Die Beschwerdegegnerin hat auf die Angaben im Arbeitgeberfragebogen vom 31. März 2009 (Urk. 7/19) abgestellt und das Einkommen übernommen, das angegeben wurde als Einkommen, das die versicherte Person „heute ohne Gesundheitsschaden“ in der ursprünglichen Tätigkeit verdienen würde (Ziff. 2.11).

6.2

Zum von der Beschwerdegegnerin mit rund Fr. 54'933.-- eingesetzten Invaliden einkommen (vgl. Urk. 7/112)

wandte die Beschwerdeführerin ein, sie habe ihre Ausbildung 1987 abgeschlossen, habe keine Computerkenntnisse und beherrsche das Zehnfingersystem nicht, weshalb nicht auf Tabellenlöhne bei vorausgesetzten Berufs- und Fachkenntnissen (Niveau 3) abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 23 Ziff. 2).

Der Einwand verkennt, dass die Beschwerdeführerin mit ihrer abgeschlossenen Lehre (Urk. 7/3/1) über ausgewiesene Berufskenntnisse verfügt und darüber hin aus an ihrer vorletzten Stelle während Jahren als Abteilungsverantwortliche (Urk. 7/3/7) und an ihrer letzten Stelle als stellvertretende Filialleiterin (vgl. Urk. 7/5 Ziff. 5.4) tätig gewesen ist.

Dass die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Invalideneinkommens nicht auf die Löhne für einfache und repetitive Tätigkeiten (Niveau 4), sondern jene für Tätigkeiten mit vorausgesetzten Berufs- und Fachkenntnissen abgestellt hat, ist vor diesem Hintergrund jedenfalls vertretbar und als Ausdruck einer pflicht gemässen Ermessensbetätigung nicht zu beanstanden.

Weitere Einwände hat die Beschwerdeführerin betreffend Invalideneinkommen nicht erhoben, so dass es mit dem von der Beschwerdegegnerin angenommenen Betrag von rund Fr. 54'933.-- im Jahr 2011 sein Bewenden hat. 6.3

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 79'712.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 54'933.-- beträgt die Einkommenseinbusse Fr. 24'779.--, was einen Invaliditätsgrad von rund 31 % ergibt. 6.4

Bei diesem Invaliditätsgrad besteht kein Rentenanspruch. Somit erweist sich die angefochtene Verfügung, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch verneint hat, als zutreffend.

Dementsprechend ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 7.

Die Kosten betragen gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG je nach dem Verfahrensaufwand Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--. Sie sind ermessenweise auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Franziska Venghaus - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher
MO/TS/MP versandt

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