

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00783 vom 1. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00783

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00783 du 1 février 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00783 del 1 febbraio 2013

Erwägungen

E. 2

2.1???? In seinem Rückweisungsurteil vom 20. Oktober 2008 führte das Bundesgericht unter anderem aus, es fehle an der erforderlichen Klarheit über die somatischen Aspekte des Krankheitsbildes. Wenn das kantonale Gericht das Z.____-Gutachten im Punkte der (in verschiedenen Arztberichten einwandfrei dokumentierten) radikulären Problematik als nicht beweiskräftig bezeichne, lasse sich der Wegfall der radikulären Pathologie im Zeitpunkt des Verfügungserlasses (Oktober 2007) nur vertreten, wenn die übrige Aktenlage für eine solche Annahme beweisend sei. Diesbezügliche ärztliche Ausführungen vom 8. September 2003 attestierten lediglich eine Normalisierung der neurologischen Verhältnisse, konnten hingegen von vorneherein keine Gewähr dafür bieten, dass es in den nachfolgenden drei bis vier Jahren bis zur Begutachtung und dem Verfügungserlass nicht wieder zu einer Verschlechterung gekommen sei, wofür die hier anhaltende und behandlungsbedürftige Symptomatik spreche. Es sei deshalb eine ergänzende Begutachtung der involvierten Fachrichtungen (Neurologie, Rheumatologie und auch Orthopädie) in die Wege zu leiten (Urk. 7/76 S. 4 f. E. 3).

2.2???? Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 10. Juli 2002 (Beginn der Wartezeit) in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und gemäss dem neu eingeholten Gutachten sei ihr eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 70 % zumutbar (S. 2 oben). Sie beurteilte die Beschwerdeführerin als bis zur Niederkunft Anfang Oktober 2009 voll erwerbstätig (S. 2 oben) und ermittelte für diese Zeit einen Invaliditätsgrad von 34 % (S. 2 Mitte). Ab diesem Zeitpunkt ging sie von einer Teilerwerbstätigkeit im Umfang von 50 % aus und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 21 % (S. 2 unten).

2.3???? Die Beschwerdeführerin erklärte sich in ihrer Beschwerde (Urk. 1) mit der Annahme einer vorübergehenden Pensumsreduktion auf 50 % einverstanden (S. 3 Ziff. 2). Ferner vertrat sie den Standpunkt, jedenfalls bis Ende September 2004 würden echtzeitliche Akten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit belegen, womit auch ein Rentenanspruch ausgewiesen sei (S. 3 f. Ziff. 3 ff.), und hielt dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten die Beurteilung durch ihren langjährigen Chiropraktor entgegen (S. 5 f. Ziff. 8). Aus - einzeln dargelegten - Gründen sei schliesslich ein Abzug von mindestens 20 % vom Tabellenlohn angezeigt (S. 6 Ziff. 10). Gemäss ihrer Abklärungspflicht habe die Beschwerdegegnerin die Verbesserung einer einmal vorhandenen Arbeitsunfähigkeit zu beweisen und das von ihr eingeholte Gutachten berücksichtige die echtzeitlichen Akten nicht (S. 6 f.).

2.4???? Strittig und zu prüfen ist somit, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Juli 2003 und einem allfälligen Rentenanspruch verhält.

E. 3

3.1???? Die Beschwerdeführerin war vom 28. Juli bis 7. August 2002 im Spital Lim-mattal hospitalisiert. Die Ärzte diagnostizierten ein lumboradikuläres Schmerz-syndrom L4/L5 rechts mit Diskushernie L4/L5 rechts mit Kompression der Nervenwurzel. Computertomographisch wurde am 2. August 2002 eine mediolaterale Diskushernie L4/L5 mit Kompression der Nervenwurzel festgestellt, wobei nebenbefundlich eine mediane Diskushernie L5/S1 ohne Wurzelkompression der Gegenseite zur Darstellung komme (vgl. Urk. 7/36 S. 1 f.).

???????? Vom 4. bis 26. September 2002 war die Beschwerdeführerin im Stadtspital B.____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, hospitalisiert. Gemäss Bericht vom 4. Oktober 2002 (Urk. 7/10/8-9) wurde ein lumboradikuläres Schmerz- und leichtes sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 und S1 rechts bei Diskushernie L4/5 rechts (CT vom 2. August 2002) diagnostiziert (S. 1 Mitte). Das Konsilium mit dem Klinikpsychologen am 12. September 2002 ergab zudem eine Schmerzverarbeitungsstörung bedingt durch eine mittelgradige depressive Episode. Vom 4. bis 30. September 2002 attestierten ihr die Ärzte eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

???????? Am 11. März 2003 berichtete der Arzt des Stadtspitals B.____ über die weitere ambulante Behandlung der Beschwerdeführerin vom 17. Dezember 2002 bis 10. März 2003. Er präziserte die Diagnose dahingehend, dass die Diskushernie L4/5 rezessal die Nervenwurzel L5 rechts komprimiere und dass eine mediane Diskusprotrusion L5/S1 vorliege und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 3. Februar bis 30. März 2003, danach von 0 % (Urk. 7/17/7-8).

3.2???? Am 16. Mai 2003 diagnostizierte Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, eine Diskushernie L4/5, Wurzel L5 komprimiert, mediane Diskushernie L5/S1 und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/10/14).

???????? Mit Bericht vom 18. August 2003 (Urk. 7/7) nannte er als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumboradikuläres Schmerz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 (und S1) rechts bei Diskushernie mit Wurzelkompression (lit. A). Er attestierte eine - mit Fragezeichen versehene - Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 10. April 2003 (lit. B) und ging davon aus, dass eine Erwerbstätigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit ganztags zumutbar sei (Urk. 7/7/4).

3.3???? Prof. Dr. med. D.____, Neurochirurgie FMH, stellte mit Bericht vom 8. September 2003 (Urk. 7/10/5-6) folgende Diagnosen (S. 1):

- Diskusprotrusion L4/5/S1 rechts
- radiologisch Luxat verschwunden (Myelogramm Mai 2002)
- klinisch keine radikulären Zeichen
- subjektiv verminderte Belastbarkeit Wirbelsäule
- überlange Arbeitsunfähigkeit in körperlicher wechselbelastender leichter Tätigkeit

???????? Zu den Befunden führte er aus, dass ursprünglich eine chronische Lumboschialgie im Ausbreitungsgebiet von Teilen des Dermatoms L5 rechts mit

claudicatiohnlicher Schmerzverst?rkung bestanden habe, dass man in den radiologischen Verlaufsuntersuchungen mit CT und Myelogramm eine radiologisch spontan verschwindende Diskusluxation L4/5 und am Schluss noch Protrusionen L4/5/S1 gesehen habe. Mit Verz?gerung sei nun auch der Beinschmerz rechts verschwunden, und der neurologische Befund sei bez?glich der radikul?ren Zeichen heute normal. Dagegen best?nden weiterhin lumbovertbrale Beschwerden mit verminderter Belastbarkeit, was vielleicht Ausdruck der deutlichen Degeneration der mittleren und unteren Lendenwirbels?ule sei. Von einer Operation riet er ab (S. 1). Zur Arbeitsf?higkeit wollte er sich nicht ?ussern, merkte aber an, dass die Beschwerdef?hrerin an einer Stempelmaschine mit wechselbelastender leichter T?tigkeit eigentlich arbeitsf?hig sein sollte, anfangs beispielsweise f?r zwei, sp?ter vielleicht f?r vier Stunden t?glich (S. 2).

3.4???? Dr. med. E.____, Allgemeinmedizin FMH, nannte mit Bericht vom 9. September 2004 (Urk. 7/17/5-6) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit ein lumboradikul?res Schmerz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 (und S1) rechts, bei Diskushernie L4/5 die Nervenwurzel L5 rechts komprimierend und medianer Diskusprotrusion L5/S1, und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit eine verminderte Glucosetoleranz (lit. A). Sie ging von einer Arbeitsunf?higkeit im angestammten Beruf von 100 % aus, welche durch den Chiropraktiker Dr. F.____ bestimmt werde (lit. B).

3.5???? Dr. F.____, Chiropraktor, nannte in seinem Bericht vom 11. No-vember 2004 beziehungsweise 26. Januar 2004 (richtig wohl: 2005; Urk. 7/20) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit ein chronisches ausgepr?gtes Lumbalsyndrom bei Diskushernie L4/L5 und L5/S1, bestehend seit 2002 sowie ein chronisch rezidivierendes Zervikalsyndrom bestehend seit 2003 (lit. A). F?r den angestammten Beruf attestierte er eine Arbeitsunf?higkeit von 100 % vom 16. Juni bis 31. Oktober 2003, von 75 % vom 1. bis 6. November 2003, von 100 % am 7. November 2003, von 75 % vom 8. bis 18. November 2003 und von 100 % seit 19. November 2003 bis heute (lit. B) und ging auch in behinderungsangepasster T?tigkeit von einer vollen Arbeitsunf?higkeit aus (Zusatzfragen Ziff. 2).

3.6???? Am 13. April 2006 erstatteten die ?rzte des Zentrums Z.____ (Z.____) ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/36).

E. 3.7

??? Am 30. Januar 2007 nahm Dr. F.____ zum rheumatologischen Teilgutachten des Z.____ Stellung (Urk. 7/56/6-9). Entgegen der gutachterlichen Ausf?hrungen seien klinische neuroradikul?re Ausf?lle dokumentiert (Urk. 7/56/6), und eine Arbeitsunf?higkeit k?nne nicht nur mit radikul?rer Problematik, sondern auch mit entsprechenden biomechanischen Problemen kombiniert mit Schmerzen begr?ndet werden, was ebenfalls ein objektivierbarer Status sei (S. 2). Weiter seien die durchgef?hrten Waddell-Tests nicht genau dargestellt und nicht nachvollziehbar. Sodann sei auch erkl?rbar, dass sich die objektivierbare Antalgie und die Beweglichkeit der Lendenwirbels?ule bei Positionsver?nderungen ?nderten. Falsch sei schliesslich, dass keine bildgebenden Befunde vorl?gen, welche die Beschwerden erkl?rten, denn diese seien deutlich und die St?rungen der Wirbels?ule entsprechend plausibel (S. 3).

3.8???? Dr. med. G.____, FMH f?r Psychiatrie und Psychotherapie, f?hrte im Bericht vom 22. Mai 2007 (Urk. 7/58) aus, dass er die Beschwerdef?hrerin seit dem 20. Januar 2007 behandle (Ziff. 4.1) und nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit eine

anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10: F45.4), eine Schmerzverarbeitungsstörung (F54) sowie eine psychosoziale Belastungssituation (F43.8). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwählte er einen Diabetes mellitus II (Ziff. 2.2). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.2) in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin bei der Y.____ (Ziff. 3).

3.9.1???

3.9.1?? Am 11. August 2010 erstatteten die Ärzte des Zentrums H.____ (H.____) ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/104/1-53). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 6 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 15 ff.), eine allgemein-internistische (S. 18 f.), psychiatrische (S. 19 ff.), neurologische (S. 24 ff.), rheumatologische (S. 33 ff.) und orthopädische (S. 43 ff.) Untersuchung.

3.9.2?? Zusammenfassend stellte sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 47):

- chronisches lumbales und zervikales Schmerzsyndrom mit/bei
- pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das rechte Bein
- ausgeprägter Fehlhaltung (Rechtsschiff des Oberkörpers)
- mäßigen degenerativen Veränderungen (Osteochondrose L4/5, diskrete ventrale Spondylose L4/5 und L5/S1, Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1)
- Status nach radikulärem Reiz- und sensomotorischem Ausfallsyndrom L5 (S1) rechts bei Diskushernie L4/5 rechtsbetont mit kaudaler Luxation (CT LWS 2. August 2002) und spontaner Rückbildung des Luxates (Myelo-CT 25. Mai 2003)
- elektromagnetisch diskreten chronische-neurogenen Residuen L5/S1 rechts, kein aktueller Denervationsprozess
- Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F 68.0)

Differentialdiagnose (DD): anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4)

???????? Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Diabetes mellitus Typ II, eine Adipositas und klinisch einen Verdacht auf beginnende Polyneuropathie, ohne elektrophysiologische Objektivierung (S. 48 oben).

3.9.3?? Zusammenfassend führten die Gutachter aus, aus psychiatrischer Sicht ergebe sich in Übereinstimmung mit den Befunden im Z.____-Gutachten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 30 % (S. 48 unten). Die umfangreiche aktuelle neurologische Beurteilung ergebe ebenfalls in Übereinstimmung mit den Vorgutachten, dass der Beschwerdeführerin körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten in wechselbelastender Stellung zumutbar seien (S. 49 Mitte). Die orthopädische Beurteilung bestätige ebenfalls in Übereinstimmung mit der Aktenlage, dass der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig zumutbar seien (S. 50 Mitte). Die rheumatologische Untersuchung zeige in Übereinstimmung mit der Aktenlage, dass der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % vollschichtig zumutbar seien (S. 50 unten). Auffallend sei entsprechend den Feststellungen im rheumatologischen Fachgutachten, dass je nach Untersuchungssituation die Beweglichkeit des Achsenskeletts stark bis nur sehr gering eingeschränkt sei (S. 51 oben). In allen drei somatischen Untersuchungen, welche

unabhängig und ohne Kenntnis der anderen erfolgt seien, sei festgestellt worden, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nur unzureichend durch organische Befunde erklären liessen (S. 5 oben).

3.9.4?? Im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 7/104/54-68) wurde unter anderem ausgeführt, 2002 sei es bei der Beschwerdeführerin zu einem radikalen Reiz- und sensomotorischen Ausfallsyndrom L5 und zum Teil auch S1 gekommen, bei initial im CT nachgewiesener Diskushernie auf Höhe L4/5 rechtsbetont mit kaudaler Luxation. Durch eine entsprechende Behandlung habe eine gewisse Schmerzlinderung erreicht werden können, und sei von einem operativen Vorgehen abgesehen worden, da im Myelo-CT im Mai 2003 das Diskushernienluxat auf Höhe L4/5 rechts nicht mehr nachweisbar gewesen sei und offensichtlich im August 2003 keine radikalen Schmerzen mehr vorhanden gewesen seien. In der Folge seien jedoch erneut lumbale Schmerzen aufgetreten. Im Gegensatz zu den initialen klinischen Befunden könnten jetzt, wie auch schon anlässlich der Begutachtung von 2006, keine eindeutigen radikalen neurologischen Ausfälle mehr festgestellt werden (S. 12).

3.9.5?? Im neurologischen Teilgutachten (Urk. 7/104/69-84) wurde unter anderem ausgeführt, Abklärungen hätten 2002 ein leichtes sensomotorisches radikales Ausfallsyndrom L5 rechts, geringer auch S1, bei radiologischem Nachweis einer Diskushernie L4/5 rechts, ergeben. Die erneute Bildgebung 2003 habe demgegenüber einen wesentlich verbesserten Befund gezeigt; es seien nur noch leichtere Bandscheibenprotrusionen L4/5/S1 zur Darstellung gekommen, ohne verwertbaren Nachweis einer Nervenwurzelkompression. Der konsiliarisch zugezogene Neurochirurg habe auch klinisch keine radikalen Zeichen mehr gefunden (S. 13).

??????? Anlässlich der aktuellen neurologischen Abklärung zeige sich ein vorwiegend funktionelles Beschwerdebild mit teilweise inkonsistenten und nicht pathologisch verwertbaren Befunden. So zeige die diffuse Anordnung der angegebenen Sensibilitätsstörungen kein radikales Muster. Das Fehlen von Muskelatrophien, wie sie bei länger andauernden neurogenen Paresen im Rahmen eines Wurzelkompressionssyndroms zu erwarten wären, stehe im Kontrast zu den präsentierten Paresen. Die diskreten chronisch-neurogenen Veränderungen im kurzen Zehenhebermuskel rechts verwiesen auf die abgelaufene leichte Wurzellesion L5/S1, der Befund spreche gegen eine weiter anhaltende Wurzelkompression (S. 14 Mitte). Schliesslich könnten auch in den klinischen Wurzeldehnungsmanövern keine radikalen Reizerscheinungen ausgetriggert werden (S. 15 oben).

3.9.6?? Ergänzend bemerkten die Gutachter zur Stellungnahme des behandelnden Chiropraktors, dieser verweise auf den CT-Befund der Lendenwirbelsäule (LWS) aus dem Jahr 2002 mit Diskushernie L4/5 als organische Grundlage der Beschwerden. Dabei habe es sich aber um einen bei konservativer Behandlung weitgehend regredienten Befund gehandelt. Nicht nur die spätere Bildgebung (2003), sondern auch die weiteren klinischen und elektroneurographischen Befunde sprächen gegen eine anhaltende Neurokompression (S. 15 unten).

3.10?? Am 31. Januar 2011 nahm Dr. F. ____ (Urk. 7/124) zum genannten Gutachten kritisch Stellung; zusammenfassend empfahl er, der Halbseiten-sensibilitätsstörung von neurologischer Seite auf den Grund zu gehen sowie die Belastbarkeit bei leichten Arbeiten mit Hilfe entsprechender Tests zu prüfen (S. 6 f.).

3.11?? Prof. Dr. med. I.____, Spezialarzt f?r Neuroradiologie, f?hrte zu einem am 6. August 2012 erstellten MR der Lendenwirbels?ule aus, es zeigten sich in ?bereinstimmung mit dem Befund der Myelographie vom 26. Mai 2003 mediolaterale Diskushernien bei L4/5 und L5/S1, die beide ?ber recessale Stenosierungen und Dorsalverlagerungen der jeweiligen Wurzeln (L5 und S1) ein rechtsseitiges LRS (lumboradikul?res Syndrom) erkl?ren k?nnten (Urk. 13/2).

3.12?? PD Dr. med. J.____, Facharzt FMH f?r Neurochirurgie, berichtete am 19. September 2012 ?ber seine Untersuchung der Beschwerdef?hrerin (Urk. 13/3). Das MRI von August 2012 fasste er wie folgt zusammen: ?Dehydrierte Bandscheiben L4/5 und L5/S1 mit Bandscheibenvorw?lbung im Sinne einer Diskusprotrusion respektive beginnende Diskushernie subligament?r L4/5 und L5/S1 rechts mit meines Erachtens prim?r Kontakt zur S1-Wurzel rechts, allenfalls auch L5 rechts? (S. 1 unten). Weiter f?hrte er aus, aktuell bestehe eine Diskordanz zwischen Hauptschmerzseite (links) und kompressivem beziehungsweise irritativem Befund im MRI (rechts). Eine hochgradige Neurokompression liege radiologisch nicht vor, dennoch sei hier seines Erachtens von einer chronisch rezidivierenden m?glichen Reizsymptomatik auszugehen, wobei sich seines Erachtens erhebliche Chronifizierungs- und entsprechende Verhaltensmuster hinzuf?gten. In diesem Kontext sei ein operativer Eingriff auch aus seiner Sicht nicht erfolgversprechend, auch wenn unbestreitbar relevante degenerative Befunde vorl?gen (S. 2 oben).

E. 4

4.1???? Ausgangspunkt des vorliegenden Verfahrens war urspr?nglich die anspruchs-verneinende Verf?gung vom 20. Oktober 2007 (Urk. 7/68) und sodann das R?ckweisungsurteil des Bundesgerichts vom 20. August 2008 (Urk. 7/76). Das Bundesgericht wies die Beschwerdegegnerin zu erg?nzenden Abkl?rungen an, um einen - von der Beschwerdegegnerin und dem kantonalen Gericht, nicht aber vom Bundesgericht, als eingetreten erachteten - Wegfall einer radikul?ren Pathologie neurologisch, rheumatologisch und orthop?disch abzukl?ren (vorstehend E. 2.1).

4.2???? Diesem Auftrag ist die Beschwerdegegnerin nachgekommen, indem sie das H.____-Gutachten (vorstehend E. 3.9) einholte.

???????? Zusammenfassend wurde der Beschwerdef?hrerin im Gutachten aus neurologischer, orthop?discher und rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsf?higkeit f?r leichte bis mittelschwere r?ckenadaptierte Arbeiten in wechselbelastender Stellung attestiert, und es wurde darauf hingewiesen, dass sich die geklagten Beschwerden nur unzureichend durch organische Befunde erkl?ren liessen (vorstehend E. 3.9.3).

???????? Aus rheumatologischer Sicht wurde unter anderem ausgef?hrt, das 2002 aufgetretene radikul?re Reiz- und Ausfallsyndrom sei im August 2003 nicht mehr vorhanden gewesen. Wohl seien in der Folge erneut lumbale Schmerzen aufgetreten; im Gegensatz zu den initialen klinischen Befunden k?nnten jetzt - wie schon 2006 - keine eindeutigen radikul?ren neurologischen Ausf?lle mehr festgestellt werden (vorstehend E. 3.9.4).

???????? Aus neurologischer Sicht wurde unter anderem ausgef?hrt, aktuell zeige sich ein vorwiegend funktionelles Beschwerdebild mit teilweise inkonsistenten und nicht pathologisch verwertbaren Befunden; die diffuse Anordnung der angegebenen Sensibilit?tsst?rungen zeige kein radikul?res Muster und auch weitere - einzeln genannte - Hinweise spr?chen gegen eine weiter anhaltende Wurzelkompression (vorstehend E. 3.9.5).

4.3???? Aus den ?bereinstimmenden und einl?sslich begr?ndeten Feststellungen im eingeholten Gutachten ergibt sich der Schluss, dass nunmehr fach?rztlich und gutachterlich ?berzeugend mit ?berwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass die 2002 aufgetretene radikul?re Symptomatik im Zeitpunkt des Verf?gungserlasses vom Oktober 2007 wie auch im Zeitpunkt der H.____-Begutachtung (August 2010) nicht mehr bestanden hat.

???????? Damit ist die vom Bundesgericht als ungen?gend abgekl?rt erachtete Frage des Wegfalls der radikul?ren Pathologie nunmehr beantwortet.

4.4???? Dies bleibt auch in W?rdigung der von der Beschwerdef?hrerin nachgereichten, im August 2012 erhobenen radiologischen und klinischen Befunde (vorstehend E. 3.11 und 3.12) der massgebende Erkenntnisstand. Klinisch wurde ausdr?cklich die linke Seite als Hauptschmerzseite erhoben (vorstehend E. 3.12), w?hrend radiologisch der MR-Befund (als mit demjenigen von 2003 ?bereinstimmend bezeichnet und) mit Dorsalverlagerungen der Wurzeln L5 und S1 umschrieben wurde, welche ein rechtsseitiges lumboradikul?res Syndrom erkl?ren k?nnten (vorstehend E. 3.11), was denn auch als Diskordanz zwischen Hauptschmerzseite und ?kompressivem beziehungsweise irritativem? MRI-Befund registriert wurde, verbunden mit der Feststellung, eine hochgradige Neurokompression liege nicht vor, auszugehen sei von einer ?m?glichen Reizsymptomatik? (vorstehend E. 3.12).

???????? Wenn eine bildgebend erkannte Abweichung vom anatomischen Normalfall, gleichzeitig aber keine ihr entsprechenden klinisch best?tigten Beschwerden an der zu erwartenden Stelle (hier: linke K?rperseite) festgestellt werden, bedeutet dies, dass die bildgebend erkannte Auff?lligkeit klinisch stumm, asymptomatisch ist. Sie k?nnte zwar Beschwerden am genannten Ort erkl?ren; da dort aber keine Beschwerden auftreten, entf?llt dieser bloss m?gliche Zusammenhang. Umgekehrt fehlt es f?r die klinisch festgestellten Beschwerden (hier: auf der rechten K?rperseite) an korrelierenden bildgebenden Befunden. Somit bleibt es dabei, dass zwischen den aufgrund der Angaben der Beschwerdef?hrerin erhobenen klinischen Befunden und der Bildgebung keine ?bereinstimmung besteht.

4.5???? Das nunmehr vorliegende, auf Anweisung des Bundesgerichts eingeholte Gutachten erf?llt alle praxisgem?ssen Kriterien (vorstehend E. 1.4) vollumf?nglich, so dass darauf abzustellen ist.

???????? Damit ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass die Arbeitsf?higkeit der Beschwerdef?hrerin aus psychiatrischer Sicht um h?chstens 30 % eingeschr?nkt ist und ihr aus somatischer Sicht leichte bis mittelschwere, wechselbelastende T?tigkeiten uneingeschr?nkt zumutbar sind (vorstehend E. 3.9.3).

E. 5

5.1???? Der Standpunkt der Beschwerdef?hrerin, aus einer 2003 und 2004 attestierten vollst?ndigen Arbeitsunf?higkeit sei auf einen Rentenanspruch in der entsprechenden Zeit zu schliessen (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4-5), l?sst ausser Acht, dass sich Invalidit?tsgrad und Rentenanspruch bekanntlich nicht aus der Arbeitsf?higkeit oder Arbeitsunf?higkeit in der angestammten T?tigkeit ergeben, sondern aus derjenigen in leidensangepassten T?tigkeiten beziehungsweise aus der Erwerbsunf?higkeit. Ein Zusammenhang besteht nur insofern, als eine volle Arbeitsf?higkeit in der angestammten T?tigkeit die Frage nach der Arbeitsf?higkeit in angepasster T?tigkeit hinf?llig macht.

???????? So verhält sich es vorliegend im Jahr 2003, nachdem der Beschwerdeführerin bis zum 30. März 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und anschliessend eine solche von 0 % attestiert wurde (vorstehend E. 3.1). Im Mai 2003 wurde sodann eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, gleichzeitig aber eine volle Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit attestiert (vorstehend E. 3.2). Diesen ärztlichen Beurteilungen ist ein grösseres Gewicht beizumessen als denjenigen des - sehr für die Belange seiner Patientin engagierten - Chiropraktors (vorstehend E. 3.5).

???????? Somit ergeben sich aus den aktenkundigen ärztlichen Beurteilungen keine Anhaltspunkte, aus denen für weit zurückliegende Zeitabschnitte auf vorübergehende, aber doch länger anhaltende Einschränkungen zu schliessen wäre, die einen befristeten Rentenanspruch begründen könnten.

5.2???? Die Beschwerdeführerin machte sodann geltend, es sei vom statistischen Tabellenlohn ein Abzug von mindestens 20 % vorzunehmen, dies angesichts langjähriger Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, der geringen Anzahl Dienstjahre, der geringen Schulbildung und der begrenzten Sprachkenntnisse sowie des Migrationshintergrundes. Zudem sei mit krankheitsbedingten Absenzen und einem erhöhten Krankheitsrisiko zu rechnen und es bestehe ein erhöhter Pausenbedarf (Urk. 1 S. 6 Ziff. 10).

???????? Mit dem von der Beschwerdeführerin angesprochenen sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

???????? Stellt man auf die genannten Grundsätze der Rechtsprechung zum Leidensabzug - und nicht auf Einzelfälle mit anderem oder nur begrenzt vergleichbarem Sachverhalt - ab, so ist vorab festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für leidensangepasste Tätigkeiten aus somatischer Sicht gar nicht und aus psychiatrischer Sicht lediglich um 30 % eingeschränkt ist; Gründe für einen Leidensabzug im klassischen Sinn ergeben sich daraus nicht. Auch der angeblich erhöhte Pausenbedarf existiert nur als Behauptung der Beschwerdeführerin. Die Beschränkung auf ein Teilpensum sodann wirkt sich nur bei von Männern verrichteten Hilfstätigkeiten lohnmindernd aus, bei Frauen ist der Effekt umgekehrt. Das Alter der Beschwerdeführerin (Jahrgang 1971) scheidet als mögliches Handicap ebenfalls aus. Sie ist 1987 in die Schweiz eingereist (Urk. 7/2 Ziff. 4.1) und ist seit ihrer Heirat 1994 Schweizerin (Urk. 7/3).

???????? Zusammengefasst sind keine lohnmindernden Erschwernisse ersichtlich, die einen Abzug vom Tabellenlohn zu rechtfertigen vermöchten.

5.3???? Weitere Einwände gegen die eigentliche Invaliditätsbemessung wurden keine erhoben; diese ist nach Lage der Akten (vgl. Urk. 7/129, Urk. 7/130 S. 8, Urk. 7/132) denn auch nicht zu beanstanden.

???????? Die beschwerdeweisen Vorbringen betreffend Z.____ (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 6-7) schliesslich sind nicht fallrelevant, und der Standpunkt, aufgrund ihrer Abklärungspflicht habe die Beschwerdegegnerin die Verbesserung einer einmal vorhandenen Arbeitsunfähigkeit zu beweisen (Urk. 1 S. 6 f.), vermischt die amtliche Pflicht zur Sachverhaltsabklärung (Art. 43 ATSG) mit dem Grundsatz, dass im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264), in unzutreffender Weise.

5.4???? Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich die beschwerdeweise erhobenen Einwände gegen die angefochtene Verfügung als nicht stichhaltig erweisen. Vielmehr hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf das eingeholte Gutachten die Arbeitsfähigkeit namentlich in leidensangepasster Tätigkeit zutreffend festgelegt und aufgrund der sich daran anschliessenden Invaliditätsbemessung richtig festgehalten, dass kein Rentenanspruch besteht.

???????? Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

6.?????? Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

???????? ?

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Laube
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.???????? Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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