

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01191 vom 30. Juni 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01191

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01191 du 30 juin 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01191 del 30 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

Die 19 66 geborene X.____

arbeitete seit 1. Mai 2001 vollzeitlich in der Abwaschküche der Z.____ (Urk. 6/ 11/2-3), als sie am 7. Dezember 2005 beim Arbeiten in der Küche ausrutschte und hinfiel, wobei sie sich den linken Daumen verdrehte (Urk. 6/4/59). Am 13. September 2007 meldete sich die Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Bezug einer Rente sowie besonderer medizinischer Eingliederungsmassnahmen an , da sich ihr linker Daumen seit dem Unfall vom 7. Dezember 2005 nur mit grosser Mühe bewegen lasse und der Finger nach getaner Arbeit aufschwelle und grosse Schmerzen bereite (Urk. 6/

E. 1.1

Am 1. Januar 2008 und am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der 5. IV-Revision und der Revision 6a revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass der angefochtenen Entscheidung respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 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).

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig

festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vor handen sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2011).

E. 2

Dagegen liess die Versicherte mit Eingabe vom 9. November 2012 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung vom 11. Oktober 2012 sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen

(Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 28. Dezember 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung insbesondere gestützt auf die im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren getätigten Abklärungen und das Gutachten von Dr. A.____

auf den Standpunkt, dass die Beschwerdeführerin in sei in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, womit sie ein ihr Valideneinkommen übersteigendes Einkommen erzielen könne (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin macht

sinngemäss geltend, die Beurteilung von Dr. A.____ sei illusorisch. Ihre schwere psychische Erkrankung sei ungenügend berücksichtigt worden. Vielmehr sei sie in den Jahren 2006 bis 2008 nur zu 50 % arbeitsfähig gewesen und seit April 2008 vollumfänglich arbeitsunfähig (Urk. 1) . 3. 3.1

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab in seinem Bericht vom 18. Oktober 2007 an, die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt aus geübten Tätigkeit als Küchenhilfe seit 14. März 2006 zu 50%, zwischenzeitlich auch zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Ihre physischen Ressourcen seien im Prinzip nicht eingeschränkt. Als eingeschränkt erachtete er die psychischen Ressourcen der Anpassungsfähigkeit und der Belastbarkeit, wobei noch keine psychiatrisch-spezialärztliche Untersuchung erfolgt sei (Urk. 6/8). 3. 2

Am 17. März 2008 wurde die Beschwerdeführerin durch den Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht. Dr. C.____ gelangte zum Schluss, es bestehe eine eingeschränkte Belastungstoleranz des linken MP I-Gelenks nach der Distorsion vom 7. Dezember 2005 mit späterer Entwicklung einer MP I-Arthrose. Nach dem Unfall mit der Stirnkontusion scheine sich eine depressive Entwicklung eingestellt zu haben, welche gegenwärtig fragliche somatische Restbeschwerden überlagere. Aus rein somatischer Sicht sehe er bei völlig unauffälligem Schädel-MRI keine Gründe für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch der Gebrauch der linken dominanten Hand sei nun deutlich besser möglich. Das Gelenk sei stabil und bei der Untersuchung reizlos. Die Beschwerdeführerin setze die linke Hand unauffällig und zügig ein. Mit dem Tragen einer Orthese sei die Tätigkeit als Kassiererin zu 100%

möglich. Für den allgemeinen Arbeitsmarkt sei folgende Zumutbarkeit gegeben: Mit der rechten Hand sei die Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt. Mit der linken Hand könnten mit der Orthese alle Tätigkeiten ausgeübt werden,

welche mit dem Tragen einer Orthese vereinbar seien. Darüber hinaus sei sie in Tätigkeiten arbeitsfähig, welche kein Tragen einer Orthese zulassen, sofern kein repetitives kraftvolles Zupacken mit der linken Hand erforderlich sei, kein andauerndes Halten von Gegenständen im Schlüsselgriff und keine repetitiven feinmotorischen Tätigkeiten, bei welchen der Daumen im Feingriff relativ kraftvoll eingesetzt werden müsse. Eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei fachärztlich zu beurteilen (Urk. 6/35/25). 3.3

Dem Bericht des Konsiliums Psychiatrie des D.____, Neurologie, vom 3. November 2008, ist der Verdacht auf eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3) zu entnehmen. Die Beschwerdeführerin leide subjektiv an mässig ausgeprägten Konzentrations- und Auffassungsstörungen, sei im formalen Denken verlangsamt und inhaltlich auf ihre Probleme eingengt. Im Affekt hinterlasse sie einen mittelgradigen bis schweren depressiven Eindruck und sei wenig schwingungsfähig (Urk. 6/32/21). 3. 4

Vom 6. bis zum 27. November 2008 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären neurologischen Rehabilitation im E.____ auf. Die Ärzte diagnostizierten im Bericht vom 10. Dezember 2008 einen Medikamentenmissbrauchskopfschmerz (ICD-10: G44.4), eine schwere depressive Episode sowie eine leichte periphere Vestibulopathie links und attestierten ihr bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich der zukünftigen Arbeitsfähigkeit seien der weitere Genesungsverlauf beziehungsweise die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin im Rahmen der psychotherapeutischen Mitbetreuung abzuwarten (Urk. 6/27/1-3).

Im psychologischen Bericht vom 4. Dezember 2008 wurde ein Medikamenten übergebrauchskopfschmerz mit schwerer depressiver Episode (ICD-10: F32.2) diagnostiziert. Die Psychologin gab an, die Beschwerdeführerin mache einen sehr belasteten Eindruck, sie wirke in der Stimmung sehr gedrückt und besorgt und der Antrieb sei deutlich herabgesetzt. Das affektive Erleben sei stark auf das Schmerzerleben fixiert. Der Schlaf sei aufgrund der Schmerzen geprägt von Ein- und Durchschlafstörungen. Tagsüber sei eine deutliche Müdigkeit ersichtlich. Die Symptomatik sei beschwerdeabhängig, das heiße abhängig von den Schmerzen. Gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin sowie den klinischen Eindruck liege eine schwere depressive Episode vor (Urk. 6/27/5-6). 3. 5

Am 3. April 2009 berichtete der behandelnde Psychiater Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, es lägen eine depressive Episode mittleren Grades, eine Anpassungsstörung, eine Migräne ohne Aura, ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, ein chronisches Schmerzsyndrom sowie ein Status nach Abhängigkeitssyndrom vor. Die Beschwerdeführerin sei seit 2007 zu über 75 % arbeitsunfähig. Es bestünden Einschränkungen beim Konzentrationsvermögen, beim Auffassungsvermögen, bei der Anpassungsfähigkeit sowie bei der Belastbarkeit (Urk. 6/30/8-10). 3. 6

Dem Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 21. Oktober 2009 ist zu entnehmen, dass keine Arbeitsfähigkeit bestehe. Es sei von einer chronifizierten Schmerzproblematik auszugehen, und die psychosoziale Situation der Beschwerdeführerin habe sich äußerst problematisch entwickelt (Urk. 6/37/1-2). 3. 7

Am 29. März 2010 wurde die Beschwerdeführerin erneut kreisärztlich untersucht. Dr. C.____ hielt an dem nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 17. März 2008 formulierten Zumutbarkeitsprofil fest, wobei eine solche Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Von der zwischenzeitlich erfolgten Distorsion des oberen Sprunggelenks seien keine relevanten Folgeerscheinungen mehr feststellbar (Urk. 6/38/5).

3. 8

Vom 5. September bis am 28. Oktober 2011 befand sich die Beschwerdeführerin im tagesklinischen Rehabilitationsprogramm des H.____ (H.____; Urk. 6/51/3). Die dort tätigen Psychiater und Psychologen hielten die Beschwerdeführerin in ihrem Bericht vom 19. Oktober 2011 sowohl in angestammter als auch in einer anderen angepassten Tätigkeit für zu 100 % arbeitsunfähig. Dies sowohl aus somatischen als auch aus psychischen Gründen. Wegen einer Depression, Schmerzen am Kopf und in der linken Hand, mangelnden Konzentrationsvermögens, Vergesslichkeit, Müdigkeit und Kraftlosigkeit bestünden deutliche Leistungseinbußen (Urk. 6/51/1-3). Im Bericht vom 8. November 2011 gaben sie an, die Depression habe leicht reduziert werden können, die Beschwerdeführerin sei aber weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 3/4 S. 4). 3.9

Dr. A.____ untersuchte die Beschwerdeführerin am 21. Februar 2012 und

diagnostizierte in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 14. Mai 2012

eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) nach Unfällen im Dezember 2005 und im November 2007, und mit Dysthymia (ICD-10: F34.1) bei anamnestisch depressiver Episode, welche gegenwärtig remittiert sei (ICD-10: F32.4; Urk. 6/57/11).

Er gab an, die remittierte depressive Episode habe maximal kurzzeitig angehalten. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und die Dysthymia würden im Falle der Beschwerdeführerin aufgrund der vor allem subjektiv erlebten und willentlich überwindbaren Defizite aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit führen

(Urk. 6/57/20).

Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne somit

aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründet werden. Dies gelte ab Dezember 2005 und auch weiterhin ab November 2007 (Urk. 6/ 57/21).

4.

4.1

Aus der Gesamtheit der medizinischen Berichte ist erkennbar, dass sich die körperlichen Einschränkungen nicht quantitativ auswirken, sondern nur - wegen der Beeinträchtigung des MP I-Gelenks der linken Hand - zu einer gewissen Einschränkung beim zumutbaren Tätigkeitsprofil führen (vgl. vorstehende E. 3.2 und 3.7). Die kreisärztliche Beurteilung vom 29. März 2010 (Urk. 6/38) ist nachvollziehbar bei den erhobenen weitgehend unauffälligen Befunden und unter Berücksichtigung der Röntgenbilder vom 4. Dezember 2008, welche eine beginnende MP I-Arthrose links zeigten (Urk. 6/ 35/23), je doch keine Hinweise auf eine frische Fraktur oder degenerative Veränderungen im Bereich des linken Handgelenks sowie des linken oberen und unteren Sprunggelenks

(Urk. 6/ 32/9), sowie beim unauffälligen Schädel-MRI (Urk. 6/ 35/25) und den gemäss neuro otologischer Untersuchung fehlenden Anhaltspunkten für eine peripher vestibuläre Störung (Urk. 6/ 35/8).

Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch aus somatischer Sicht wurde einzig im H.____-Bericht postuliert, dies jedoch ohne Begründung sowie ohne dass pathologische Befunde erhoben worden wären (vgl. Urk. 3/4 S. 2, somatischer Befund),

und von nicht auf körperliche, sondern auf psychische Defizite spezialisierten Ärzten beziehungsweise Psychologen (Urk. 6/ 50), weshalb dieser Bericht keine Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen in den kreisärztlichen Berichten zu erwecken vermag. Der Kreis arzt hatte die vorhandenen Akten, die Angaben der Beschwerdeführerin sowie die durch ihn anlässlich der Untersuchung erhobenen Befunde und Anamnesen berücksichtigt (Urk. 6/ 35/22-24, 6/ 38/1-4). Eine lang fristige Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht ist auch für die Zeit davor nicht ausgewiesen. Dr. I.____ attestierte am 18. Oktober 2007 wegen eingeschränkter Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit zwar eine seit Mitte März 2006 bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit, hielt aber gleichzeitig fest, die physischen Ressourcen seien im Prinzip nicht eingeschränkt (Urk. 6/ 8/3-5). Nach der kreis ärztlichen Untersuchung vom 5. April 2007 war lediglich festgehalten worden, die Beschwerdeführerin sei nun bereit, ihr Pensum als Mitarbeiterin in der Kantine und an der Kasse auf 75 % zu steigern (Urk. 6/ 4/14). Dass und weshalb die Beschwerdeführerin auch in einer optimal angepassten Tätigkeit nicht voll arbeitsfähig sei, wurde nicht dargelegt.

Hingegen ergibt die Zusammenschau der medizinischen Berichte, dass die psychische Beeinträchtigung, Schmerzen sowie psychosoziale Gegebenheiten im Vordergrund stehen,

respektive deren Ausmass und Auswirkung auf die erwerbliche Leistungsfähigkeit. Die Frage der Verwertbarkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr. A.____, dessen Beurteilung die Beschwerdegegnerin ihrem Entscheid zu Grunde legte, ist daher entscheidend. Bei der Erstellung des Gutachtens stützte sich Dr. A.____ zum einen auf die vorhandenen Vorakten (Urk. 6/57/2-5), zum anderen auf seine ausführlichen Untersuchungen. Dabei erhob er die Anamnese, insbesondere ermittelte er unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden die Krankheitsentwicklung und erhob, unter Evaluation des Psychostatus nach AMDP-System sowie

in Anwendung des MADRS-(Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)-Beurteilungsverfahrens, die Befunde (Urk. 6/57/5-10). Gestützt auf die Befunde stellte er die Diagnose und beurteilte die erwerblichen Ressourcen, wobei er sich mit den abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinandersetzte (Urk. 6/57/11 ff.). 4.2

4.2.1

Die Beschwerdeführerin lässt dagegen im Wesentlichen einwenden, das Gutachten von Dr. A.____

stehe in massivem Widerspruch zu den H.____-Berichten, worin eine ausgeprägte Depression beschrieben sei, welche durch Schmerzen verstärkt werde und eine Arbeitstätigkeit illusorisch mache (Urk. 1 S. 4 f.).

Es trifft zu, dass die Beurteilung des von der IV-Stelle beauftragten Gutachters Dr. A.____ betreffend die psychiatrischen Diagnosen und die Arbeitsfähigkeit von jener der behandelnden Ärzte und Psychologen abweicht. Dr. A.____ erörterte jedoch in Auseinandersetzung mit den abweichenden fachärztlichen Einschätzungen hinreichend und überzeugend, weshalb er zu anderen Schlüssen kam. 4.2.2

Dr. A.____ diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) nach Unfällen im Dezember 2005 und im November 2007 und mit Dysthymia (ICD-10: F34.1) bei anamnestisch depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4; Urk. 6/57/11).

Das H.____ diagnostizierte hingegen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und führte weitere, in den Akten gefundene Diagnosen auf (Urk. 3/4 S. 1, Urk. 6/51/1). Das Konsilium Psychiatrie des D.____ äusserte den Verdacht auf eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (vgl. vorstehende E. 3.3), die Psychologin des E.____ diagnostizierte einen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz mit schwerer depressiver Episode (vgl. vorstehende E. 3.4) und der behandelnde Psychiater Dr. F.____ diagnostizierte eine depressive Episode mittleren Grades, eine Anpassungsstörung, eine Migräne ohne Aura, einen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, ein chronisches Schmerzsyndrom sowie einen Status nach Abhängigkeitssyndrom (vgl. vorstehende E. 3.5). Dr. A.____ prüfte bezüglich des Vorliegens einer Depression die entsprechenden ICD-Kriterien, welche nicht respektive nicht in genügender Anzahl erfüllt waren. Die Beschwerdeführerin hatte zwar über viele der nach ICD erforderlichen Kriterien geklagt, diese waren aber während der Untersuchung nicht ausreichend objektivierbar. Die affektive Modulation, der Allgemeinzustand und Ernährungsstatus sowie der Antrieb und das Gesprächsverhalten waren objektiv nicht beeinträchtigt. Auch Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration waren bei der Erhebung des Psychostatus durch Dr. A.____

vollständig unauffällig, und das Gedächtnis zeigte sich objektiv intakt. Im Gegenteil war eine Verdeutlichungstendenz erkennbar. Die Beschwerdeführerin formulierte oft dramatisierend und theatralisch. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome waren gemäss Dr. A.____ in Umfang und Schwere durch die Diagnose einer Dysthymia gemäss ICD-10 F34.1 ausreichend erklärbar (Urk. 6/ 57/9, Urk. 6/ 57/16-17). Die Dysthymia wurde

nach den Angaben von Dr. A.____

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die chronische Schmerzstörung verursacht (Urk. 6/ 57/18). Des Weiteren führte Dr. A.____ das MADRS - Beurteilungsverfahren durch, mit welchem ein maximal leicht ausgeprägtes depressives Syndrom objektiviert werden konnte. Hierzu merkte er an, mit der MADRS alleine könne jedoch keine Diagnose gemäss ICD-10 F32/F33 begründet werden (Urk. 6/57/10). Dr. A.____ setzte sich so mit unter verschiedenen Gesichtspunkten mit der Frage auseinander, ob - wie von den behandelnden Ärzten diagnostiziert - eine mittelschwere oder gar schwere Depression im Sinne von ICD-10 vorliege, und konnte keine solche feststellen. Bezugnehmend auf die Vorakten legte er schlüssig dar, dass bei den beschriebenen objektiven psychopathologischen Befunden ein unspezifisches depressives Syndrom qualitativ nachvollziehbar sei, der genannte Schweregrad hingegen nicht. Im Übrigen führte Dr. A.____ aus, dass aufgrund der Berichte unklar bleibe, inwieweit die depressive Episode überhaupt als eigenständige Erkrankung eingeordnet werden könne, nachdem angegeben worden sei, die schwere depressive Episode sei Folge eines chronischen Schmerzsyndroms und die Symptomatik sei beschwerdeabhängig (Urk. 6/ 27/6), und nachdem auch auf psychosoziale Faktoren und deutlich verminderte Motivation hingewiesen worden sei (Urk. 6/ 57/12-13, Urk. 6/37/1-2).

Dr. A.____

grenzte krankheitsferme Gesichtspunkte (psychosoziale Aspekte wie Herkunft, Migration, geringe Schulbildung, fehlende Berufsausbildung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, mangelhafte Deutschkenntnisse, Lebensalter) ab und gelangte unter Berücksichtigung nur der krankheitsbedingten, objektivierbaren Befunde (Urk. 6/ 57/19) zum Schluss, eine depressive Episode im Sinne von ICD-10 F32 habe maximal kurzzeitig bestanden (Urk. 6/ 57/20), was überzeugt. 4.2.3

Das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10: F45.41 bejahte Dr. A.____, da die Schmerzen der Beschwerdeführerin ursprünglich durch körperliche Störungen ausgelöst worden waren, psychischen Faktoren jedoch eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Beschwerden beizumessen sei

(Urk. 6/ 57/14-15).

Dass die Störung bei der Beschwerdeführerin objektiv als leicht einzustufen sei, begründete Dr. A.____ damit, dass sie tatsächlich noch zu einigen Alltagsaktivitäten in der Lage sei und einen nicht allzu auffälligen Psychostatus aufweise

(Urk. 6/57/15-16). Diese Einschätzung überzeugt, denn die Beschwerdeführerin beteiligte sich bei der Erhebung des Psychostatus lebendig am Gespräch, berichtete ausreichend differenziert und gut strukturiert und es waren keine Hinweise auf durch dauerhafte schwere quälende Schmerzen bedingte Beeinträchtigungen der Bewegungen zu

objektivieren

(Urk. 6/ 57/9) . Auch ist es zutreffend, dass die Beschwerdeführerin noch zu gewissen Aktivitäten in der Lage ist: So hilft sie beim Kochen und Putzen, geht spazieren, sieht fern, reist ein- bis zweimal pro Jahr in ihre Heimat und besucht ab und zu ihren Bruder in J. ____

(Urk. 6/ 57/8). Eine längerfristige relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit lässt sich mit der genannten Schmerzstörung gemäss Dr. A. ____ nicht begründen (Urk. 6/ 57/16).

Umstände , welche die Schmerzbe wältigung behindern würden, fand Dr. A. ____ keine vor (Urk. 6/ 57/19). Eine weitere Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite sei der Beschwerdeführerin aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar (Urk. 6/ 57/20). Auch aus rechtlicher Sicht ist in der Dysthymia keine psychische Komorbidität erheblicher Schwere und Ausprägung zu sehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2013 vom 6. März 2014 , E. 6.2) . Bei der Untersuchung des Psychostatus stellte Dr. A. ____ fest, dass die Beschwerdeführerin im Bewusstsein wach und allse its orientiert, im formalen Denken logisch und kohärent war. Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen (Wahn, Zwang) stellte Dr. A. ____ keine fest , und Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration erschienen dem Gut achter unauffällig

(Urk. 6/ 57/9). Auch unter Berücksichtigung dieser Feststellungen ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter ein psychisches Leiden von erheblicher Schwere verneinte.

Beim nicht kompletten sozialen Rückzug der Beschwerdeführerin und ohne ersichtlichen primären Krankheitsgewinn liegen die Foerster-Kriterien insgesamt nicht in genügender Intensität und Konstanz vor, um gesamthaft von einem invalidisierenden Charakter der Schmerzstörung auszugehen. 4.2.4

Eine psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermes sensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, so fern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- 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 zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteil des Bundesgerichts 9C_15/2013 vom 2 2. Mai 2013, E. 5.1 mit Hinweis).

Am 3. April 2009 berichtete der behandelnde Psychiater Dr. F. ____ , der Beschwerdeführerin sei keinerlei Arbeitstätigkeit zumutbar (Urk. 6/30/2). Er gab an, die Beschwerdeführerin klage seit Jahren über Kopfschmerzen und deren Zunahme seit den Unfällen, ferner über Schlafstörungen, Müdigkeit, Zukunftsangst und Lustlosigkeit. Unter den objektiven Befunden führte er aus, die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert, ihr Gedanken gang sei formal geordnet, aber ver langsamt, es beständen keine Anhaltspunkte für psychotisches Erleben, inhalt lich beschäftige sie sich mit ihren Schmerzen, was mässig im Vordergrund stehe, im Antrieb sei sie gehemmt und neu beginne allenfalls eine Wesensänderung (Urk. 6/30/1). Bei den genannten objektiven Befunden und sogar den subjektiv geklagten Beschwerden ist eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit nicht nachvollziehbar. Des Weiteren sind mit den angegebenen Zukunftsängsten psychosoziale Umstände erkennbar (vgl. vorstehende E. 1.2), wobei nicht ersichtlich ist, ob sie für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von den krankheitsbedingten Einschränkungen

abgegrenzt wurden.

Die H.____-Ärzte unterzogen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden offensichtlich nicht einer kritischen Würdigung im Hinblick auf deren Objektivierbarkeit, sondern führten in ihrem Bericht vom 19. Oktober 2011 die subjektiven Angaben im gleichen Abschnitt und vermischt mit den objektiven Befunden auf (Urk. 6/51/2).

Was der Beschwerdeführerin sozial-praktisch noch zumutbar ist, ist jedoch objektiv zu bestimmen. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind vom invalidenversicherungsrechtlichen Standpunkt aus grundsätzlich unbeachtlich (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009, E. 2)

Diese Grundsätze wurden von Dr. A.____ berücksichtigt, und dadurch sind die Differenzen zu den Beurteilungen der behandelnden Psychiater und Psychologen zu erklären. Auf das - wie oben dargelegt schlüssige - Gutachten von Dr. A.____ vom 14. Mai 2012 und die darin festgehaltene Beurteilung einer aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit

(Urk. 6/57/20-21) ist somit abzustellen.

Infolgedessen ist ohne wesentliche Unterbrüche von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer den Beschwerden an der linken Hand angepassten, wie in vorstehender Erwägung 3.2 beschriebenen Tätigkeit auszugehen. 5.

Die Beschwerdegegnerin verwies auf den Einkommensvergleich der Suva (Urk. 2 S. 2), welcher per 2010 durchgeführt wurde (Urk. 6/42/18). Für die Ermittlung des Valideneinkommens, und hernach auch des Invalideneinkommens, ist entscheidend, was die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns voraussichtlich verdient hätte respektive in einer angepassten Tätigkeit zumutbarerweise erzielen könnte (BGE 129 V 222). Nachdem sich die Beschwerdeführerin die Verletzung am linken Daumen beim Unfall vom 7. Dezember 2005 zugezogen hatte, ist der frühestmögliche Rentenbeginn ein Jahr später am 1. Dezember 2006. Die am 13. September 2007 erfolgte Anmeldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (Urk. 6/2) war nach damals geltendem Recht (Art. 48 Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) nicht verspätet, weshalb der Einkommensvergleich per 2006 durchzuführen ist.

Gemäss der Auskunft der Z.____ hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2006 ein Bruttoeinkommen von Fr. 47'359.-- (13 x Fr. 3'643.--) erzielen können (Urk. 6/35/33). Mit dem effektiv ausgeübten 50%-Pensum schöpfte sie ihre Leistungsfähigkeit nicht voll aus. Daher ist zur Festsetzung des Invalideneinkommens auf die Tabelle TA 1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2006 abzustellen. Der standardisierte Monatslohn (Vollzeitäquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) für Frauen betrug Fr. 4'019.-- pro Monat beziehungsweise Fr. 48'228.-- pro Jahr (12 x Fr. 4'019.--). Damit hätte die Beschwerdeführerin keine Erwerbseinbusse erlitten beziehungsweise beträgt der Invaliditätsgrad 0%, weshalb ihr keine Rente der Invalidenversicherung zusteht. Dementsprechend ist die Beschwerde abzuweisen.

6.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert

festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 6 00.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

E. 5

). Die Beschwerdeantwort wurde der Beschwerdeführerin unter Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels mit dem Hinweis, dass die Akten am Gericht eingesehen werden können, zugestellt, wo raufhin jedoch keine Replik eingereicht wurde

(Urk.

E. 7

und 8).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

Oktober 2012 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445

ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, E. 1). Dies fällt materiellrechtlich je doch nicht ins Gewicht, weil die 5.

IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbeurteilung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, E. 2). Das Gleiche gilt für die IV-Revision 6a. Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

E. 12

E. 3.2 mit Hinweisen).

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff.). 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. 1. 4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung

der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

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