

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01224 vom 19. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.01224](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01224)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01224 du 19 février 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01224 del 19 febbraio 2013

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 12. Oktober 2011 (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass kein somatischer oder psychischer Gesundheitsschaden vorliege, welcher in der Art und Schwere Art. 8 ATSG erfülle (S. 1). Zusammenfassend würden die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Einwürfe jeglicher medizinischer Grundlage entbehren, und aus dem geschilderten Sachverhalt ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte (S. 2).

2.2 Die Beschwerdeführerin hielt dem (Urk. 1) entgegen, sie habe sich der auferlegten Therapie aufgrund ihres behinderten Kindes nicht unterziehen können und ersatzweise eine ambulante Therapie gemacht (S. 3). Sie leide an einem chronischen Schmerzsyndrom, welches von einer generalisierten Angststörung begleitet werde. Dieser Gesundheitsschaden bewirke eine voraussichtlich länger dauernde Erwerbsunfähigkeit (S. 4 f.). Die anlässlich der Begutachtung durchgeführten psychiatrischen Explorationsgespräche seien zudem ungenügend, da diese lediglich 20-30 Minuten gedauert hätten. Die Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit erscheine als ungenügend (S. 5).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist somit, ob seit der anspruchsverneinenden Verfügung vom 13. Dezember 2007 (Urk. 12/67) eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist beziehungsweise wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verhält und auf welche medizinischen Berichte diesbezüglich abzustellen ist.

### E. 3

3.1 Der ursprünglichen, rechtskräftigen Verfügung vom 13. Dezember 2007 (Urk. 12/67) lagen die folgenden medizinischen Berichte zu Grunde.

3.2 Die Ärzte der Z. \_\_\_ Klinik berichteten am 25. Juli 2006 zuhanden der Beschwerdeführerin (Urk. 12/12/5-6) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A):

- chronisches zervikocephales Schmerzsyndrom mit/bei
- Status nach Frontalkollision vor 20 Jahren
- Status nach Facettengelenksinfiltration C5/6 links Januar 2005, schlecht toleriert
- elektrophysiologisch keine Hinweise für eine Affektion der Wurzel C6 links

- rezidivierende Angstsymptome/-attacken

- chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit mÄ¶glicher radikulÄ¶rer Kompression bei Diskushernie L5/S1

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie fÄ¶hrten aus, die Frage der ArbeitsfÄ¶higkeit sei nicht Gegenstand ihrer Konsultationen gewesen.

3.3Ä Ä Ä Ä Dr. med. A.\_\_\_\_, Arzt fÄ¶r Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 31. August 2006 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/14/3-4) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄ¶higkeit (lit. A):

- chronisches zervikospondylogenes und zervikocephales Schmerzsyndrom bei Status nach Autounfall vor 20 Jahren mit Kopfanprall

- Status nach Facettengelenksinfiltration C5/6 links Januar 2005 bei bekannter Osteochondrose C5/6 mit HÄ¶hlenminderung der Bandscheibe C5/6

- rezidivierende Angstsymptome mit Panikattacken

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit mÄ¶glicher radikulÄ¶rer Kompression bei Diskushernie L5/S1

- panvertebrales vornehmlich myofaszielles Schmerzsyndrom mit Haltungsinsuffizienz

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er fÄ¶hrte aus, er behandle die BeschwerdefÄ¶hrerin bereits seit 1981 (lit. D). Die BeschwerdefÄ¶hrerin sei seit dem 29. Dezember 2005 zu 100 % arbeitsunfÄ¶hig (lit. B). Ihre ArbeitsfÄ¶higkeit kÄ¶nne mit medizinischen Massnahmen verbessert werden (lit. C).

3.4Ä Ä Ä Ä Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH fÄ¶r Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 16. November 2006 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/22) und nannte keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄ¶higkeit (lit. A). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die ArbeitsfÄ¶higkeit nannte sie eine leichte depressive Episode, bestehend seit 2004.

3.5Ä Ä Ä Ä Dr. med. C.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH und Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Dr. med. D.\_\_\_\_, Neurologie FMH und Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, lic. phil. E.\_\_\_\_, klinische Psychologie, sowie Dr. med. F.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH und Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, RehaClinic G.\_\_\_\_, erstatteten am 3. Oktober 2006 ihre interdisziplinÄ¶re Standortbestimmung (Urk. 12/23/4-20) zuhanden des Krankenversicherers gestÄ¶tzt auf ihre Untersuchungen vom 19. und 21. September 2006, die Labor- und RÄ¶ntgenuntersuchung, die Akten sowie die anamnestischen Angaben der BeschwerdefÄ¶hrerin. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 16 lit. C):

- chronisches generalisiertes unspezifisches Schmerzsyndrom

- deutliche Dekonditionierung

- chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp

- Verdacht auf phobischen Schwankschwindel

- AnpassungsstÄ¶rung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie fÄ¼hrten aus, das chronische generalisierte Schmerzsyndrom kÄ¼nne aus rheumatologischer Sicht nicht erklÄ¼rt werden. Weder klinisch noch labormÄ¼ssig ergÄ¼ben sich klare Hinweise fÄ¼r eine entzÄ¼ndlich-rheumatische Systemerkrankung. Es finde sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den geringen objektiven Befunden (S. 13 unten). Psychisch lasse sich eine resignierte, verunsicherte, sorgenvolle sowie Ä¼ngstliche Stimmungslage objektivieren. Die subjektiv geschilderten Symptome liessen auf eine AnpassungsstÄ¼rung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt schliessen. Aufgrund der starken physischen Dekonditionierung, der dysfunktionalen Fokussierung auf das Schmerzerleben sowie des Verlusts des SelbstwirksamkeitsgefÄ¼hls werde aus klinisch-psychologischer Sicht die Teilnahme an einem interdisziplinÄ¼ren stationÄ¼ren Schmerzprogramm Ä¼ sowie die WeiterfÄ¼hrung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung empfohlen (S. 15 f.). Nach DurchfÄ¼hrung dieser beschriebenen Therapie-Massnahmen sei spÄ¼testens nach 3-4 Monaten die Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen TÄ¼tigkeit im Reinigungsdienst zu 50 % des angestammten 80%-Pensums, also zu 40 % eines Vollpensums, zumutbar. Im weiteren Verlauf kÄ¼nne die ArbeitsfÄ¼higkeit monatlich in 10%-Schritten gesteigert werden. Mittelfristig bestehe keine EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit (S. 16 unten).

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä FÄ¼r die Zeit nach der rechtskrÄ¼ftigen VerfÄ¼gung vom Dezember 2007 finden sich in den Akten die folgenden medizinischen Berichte:

4.2 Ä Ä Ä Ä Dr. med. H. \_\_\_, FachÄ¼rztin fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fÄ¼hrte am 22. Juni 2010 (Urk. 12/87/1) aus, die BeschwerdefÄ¼hrerin komme einmal wÄ¼chentlich zu den GesprÄ¼chen. Die weiterhin bestehende Angst- und DepressionsstÄ¼rung, die den chronischen kÄ¼rperlichen Schmerzzustand Ä¼berlagerten, hÄ¼tten Einfluss auf ihre eingeschrÄ¼nkte Sichtweise in ihrer Lebenssituation. Insbesondere falle es ihr schwer, von ihrem behinderten Sohn Distanz zu nehmen, da sie sich fÄ¼r seinen Gesundheitszustand stark schuldig fÄ¼hle. Trotzdem habe sich die BeschwerdefÄ¼hrerin nun bereit erklÄ¼rt, sich einer von der Beschwerdegegnerin geforderten interdisziplinÄ¼ren stationÄ¼ren Behandlung unterziehen zu lassen. Ä

4.3 Ä Ä Ä Ä Dr. med. H. \_\_\_, berichtete am 17. August 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/88) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄ¼higkeit (Ziff. 1.1):

- schwere AnpassungsstÄ¼rung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.2)
- Karzinophobie, Schwankschwindel, kognitive Einbusse
- Belastung mit behindertem Sohn
- Differentialdiagnose: generalisierte AngststÄ¼rung
- SomatisierungsstÄ¼rung (ICD-10: F45)
- chronisches Schmerzsyndrom seit HalswirbelsÄ¼ulen (HWS)-Schleudertrauma 1982 bei Autounfall im HWS-Bereich
- Diskushernie LendenwirbelsÄ¼ule (LWS)-Bereich L5/S1

Â Â Â Â Â Â Â Sie fÃ¼hrte aus, aufgrund des chronifizierten Gesundheitszustandes der BeschwerdefÃ¼hrerin mÃ¼sse die Prognose als verhalten schlecht formuliert werden (Ziff. 1.4). Die BeschwerdefÃ¼hrerin sei seit Januar 2010 zu 100 % arbeitsunfÃ¤hig (Ziff. 1.6).

4.4Â Â Â Â Mit Austrittsbericht vom 13. Oktober 2010 berichteten die Ãrzte der RehaClinic C. \_\_\_\_\_ (Urk. 12/89) Ã¼ber die Hospitalisation der BeschwerdefÃ¼hrerin vom 7. bis 28. September 2010. Sie nannten folgende Diagnosen:

- chronisches Schmerzsyndrom mit/bei
- HWS-Distorsionstrauma nach Autounfall 1982
- persistierende zerviko- und lumbospondylogene Schmerzen, KonzentrationsstÃ¶rungen und Schwankschwindel
- fibromyalgieformes Beschwerdebild
- Diskushernie L5/S1
- schwere AnpassungsstÃ¶rung mit Angst und Depression gemischt
- Karzinophobie, kognitive EinbuÃe
- Belastung mit behindertem Sohn
- anamnestisch Hiatushernie Â Â

Â Â Â Â Â Â Â Sie fÃ¼hrten aus, zwischen den objektiven Befunden und der subjektiven Wahrnehmung der BeschwerdefÃ¼hrerin habe eine deutliche Diskrepanz bestanden. Auffallend sei die vom ganzen Behandlungsteam beobachtete Diskrepanz zwischen den geschilderten starken Schmerzen verbunden mit einem hohen Leidensdruck sowie ihrer stets gepflegten Erscheinung, ihrem entspannten Gesichtsausdruck und lebhaften Sprechweise (S. 2 unten). Unter der durchgefÃ¼hrten Therapie sei es zu keiner Verbesserung des Schmerzzustandes gekommen, weshalb die BeschwerdefÃ¼hrerin mit unverÃ¤nderter Symptomatik nach Hause entlassen worden sei (S. 2 Mitte). Aus rheumatologischer Sicht sei die BeschwerdefÃ¼hrerin ab dem 28. September 2010 zu 100 % arbeitsfÃ¤hig. Zur Beurteilung der ArbeitsfÃ¤higkeit aus psychiatrischer Sicht solle sich die behandelnde Psychiaterin Ãussern (S. 4 unten).

4.5Â Â Â Â Die Ãrzte des J. \_\_\_\_ erstatteten ihr polydisziplinÃ¤res Gutachten am 3. Juni 2011 (Urk. 12/94) gestÃ¼tzt auf die Akten sowie auf die persÃ¶nliche Befragung und klinischen Untersuchungen der BeschwerdefÃ¼hrerin. Sie nannten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die ArbeitsfÃ¤higkeit (S. 17 lit. E Ziff. 1), jedoch folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die ArbeitsfÃ¤higkeit (S. 17 lit. E Ziff. 2):

- Angst- und depressive StÃ¶rung gemischt (F41.2)
- undifferenzierte SomatisierungsstÃ¶rung (F45.1) Â
- generalisiertes Schmerzsyndrom mit Zervikozephalgie, Zervikobrachialgie und lumbospondylogener Betonung, ohne Nachweis nervenbezogener neurologischer AusfÃ¤lle, jedoch mit deutlicher histrionisch geprÃ¤gter Schmerzverarbeitung und Selbstlimitierung
- statisch-myalgisch bedingtes Lumbovertebralsyndrom bei Insuffizienz von Bauch- und RÃ¼ckenmuskulatur und degenerativen VerÃ¤nderungen L5/S1 ohne Nachweis einer

## Radikuläre Symptomatik

- chronifiziertes Schmerzsyndrom bei Zervikocephalgien/-brachialgien bei muskulärer Dysbalance, kernspintomographisch nachgewiesener Osteochondrose C5/6 mit leichtgradiger Spinalkanalstenose C5/6, aktuell ohne radikuläre Symptomatik
- Verdacht auf Analgetikaabusus (Tramadol-Missbrauch)
- Rhizarthrose beidseits
- Spannungskopfschmerzen

Die Beschwerden der Patientin sind aus psychiatrischer Optik keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 14 unten). Die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen im ganzen Körper liessen sich durch somatische Untersuchungsbefunde nicht hinreichend erklären (S. 17 unten). Die psychiatrische Untersuchung zeige eine histrionisch geprägte Schmerzverarbeitung mit ausgeprägter Selbstlimitierung. Die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt (S. 17 unten).

Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sämtliche leichten und mittelschweren körperlichen Arbeiten ohne längeres Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, ohne Zwangshaltungen, möglichst in einer Wechselhaltung, einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsbereichen sowie ohne besonderen Zeitdruck und ohne Nachtarbeitsbedingungen zu verrichten (S. 18 unten). Die bisher ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft könne sie ohne Minderung der Leistungsfähigkeit ausüben. Es bestehe somit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 19 oben).

Eine Hilfestellung bei der Stellensuche nach langer Arbeitsabstinenz sei zu empfehlen (S. 22 unten).

Am 30. Juni 2011 führte Dr. med. H. \_\_\_ aus (Urk. 12/101), im Gutachten fehle die Dauer der Explorationsgespräche. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin habe das psychiatrische Gespräch knapp 20-30 Minuten gedauert. Dies im Gegensatz zu den neurologischen und rheumatologischen Untersuchungen, welche jeweils 1.5 Stunden gedauert hätten. In Anbetracht der Komplexität der Leidensgeschichte der Beschwerdeführerin könne dies die Sorgfaltspflicht bei der Erstellung des Gutachtens nicht erfüllen. Zudem sei die grosse Diskrepanz zwischen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch sie, den Ärzten der RehaClinic sowie den Rückmeldungen des Hausarztes und den Gutachter auffällig (S. 1 oben). Sie würde diagnostisch der generalisierten Angststörung deutlich mehr Gewicht geben oder gar von einer Persönlichkeitsänderung wegen andauernder Belastung sprechen (S. 2 oben). Aufgrund der langjährigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin sei es nicht realistisch, dass sie einfach wieder 100 % arbeiten könne. Vielmehr brauche es zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ein Aufbautraining der Beschwerdegegnerin.

Die Ärzte des J. \_\_\_ nahmen am 7. September 2011 Stellung (Urk. 12/105) zu den Einwänden der Beschwerdeführerin und führten aus, aus dem geschilderten Sachverhalt ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte, welche zu einer Abänderung der Einschätzung im Gutachten beitragen könnten (S. 2 oben). Die diagnostischen Algorithmen einer generalisierten Angststörung lägen nicht vor, eine Gefangenheit der Beschwerdeführerin in pathologischen Angstattacken habe sich nicht gezeigt. Bemerkenswert sei zudem der von Dr. H. \_\_\_ H. \_\_\_ vollzogene Diagnosewechsel. So habe

sie am 10. Juni 2010 und 17. August 2010 noch eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt diagnostiziert. Wie bereits im Gutachten dargestellt, zeige sich bei der Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Exploration ein ängstlich hypochondrisches Bild mit histrionischer Färbung der Beschwerdedarstellung. Des Weiteren zeigten sich einzelne, jedoch nur geringe depressive Merkmale. Insgesamt könne daher entsprechend den diagnostischen Vorgaben des ICD-10 nur eine gemischte ängstlich depressive Störung diagnostiziert werden. Das Vollbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung liege nicht vor. Gegen die Angabe der Beschwerdeführerin, die Exploration habe lediglich 20 Minuten betragen, spreche bereits die umfassende Darstellung der Anamnese, einschliesslich Psychobiographie sowie die detaillierte psychopathologische Befundbeschreibung. Zusammenfassend würden die vorgetragene Ragen jeglicher medizinischer Grundlage entbehren. Es ergäben sich aus den vorgetragenen Einwänden keine neuen Gesichtspunkte.

4.8 Am 24. November 2011 führte Dr. med. H. \_\_\_ aus (Urk. 8), ihre Diagnose einer generalisierten Angststörung werde als nicht plausibel beurteilt. Eine generalisierte Angststörung beinhalte über eine längere Zeitdauer, mindestens 6 Monate, vorherrschende Anspannung, Besorgnis und Befürchtung auf allfällige Ereignisse. Bei der Beschwerdeführerin seien die diagnostischen Kriterien der generalisierten Angststörung vorhanden. Im Gutachten vom 3. Juni 2011 würden Angstsymptome beschrieben, im psychopathologischen Befund jedoch kaum erhoben und differenziert. Gerade bei diesem Krankheitsbild sei eine sorgfältige Exploration mit Aufbau einer Vertrauensbeziehung wichtig, um die Symptome erfassen zu können.

## E. 5

5.1 Da vorliegend die auf die Nichterfüllung der auferlegten Schadenminderungspflicht und somit auf eine Hypothese gestützte Ablehnung eines weiteren Anspruchs auf eine Rente Anfechtungsgegenstand bildet, ist in erster Linie nicht nur die Veränderung des Gesundheitszustandes in einem rentenbegründenden Ausmass zu prüfen, sondern vielmehr wie es sich nun mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit verhält und auf welche medizinische Grundlage diesbezüglich abzustellen ist.

5.2 Die Verfügung vom 13. Dezember 2007 beruhte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf der Beurteilung der RehaClinic G. \_\_\_ vom 3. Oktober 2006 (vgl. vorstehend E. 3.5). Gestützt auf diese Einschätzung wurde angenommen, dass nach Durchführung der auferlegten Therapiemassnahmen spätestens nach 3-4 Monaten die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit zu 40 % mit einer monatlichen Steigerung des Pensums um 10 % zumutbar sei und mittelfristig keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe.

5.3 Die Verfügung vom 12. Oktober 2011 basiert hauptsächlich auf dem polydisziplinären Gutachten des J. \_\_\_ vom 3. Juni 2011 (vgl. vorstehend E. 4.5). Die Ärzte des J. \_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit.

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Gutachten des J. \_\_\_ vom 3. Juni 2011 (Urk. 12/94) für die Beantwortung der Fragen umfassend ist. Es beruht auf den für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in

angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. So machten die Gutachter darauf aufmerksam, dass sich die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen im ganzen Körper durch somatische Untersuchungsbefunde nicht hinreichend erklären liessen und die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt seien (S. 17 unten). Die Gutachter zeigten zudem auf, dass die eingehende psychiatrische Exploration ein ängstlich-hypochondrisches Bild mit histrionisch ausgestalteter Beschwerdedarstellung ergeben und die Grundstimmung einzelne depressive Merkmale aufgewiesen habe, ohne dass die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt gewesen seien (S. 14 Mitte). Weiter bezogen die Gutachter ausdrücklich Stellung zur abweichenden Einschätzung bezüglich einer Anpassungsstörung (S. 18 Mitte). Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. So zeigten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise auf, dass die Beschwerdeführerin ihre Beschwerdesymptomatik subjektiv in Zusammenhang mit einem 1982 erlittenen Autounfall bringe, jedoch weder aus psychiatrischer noch aus neurologischer oder rheumatologischer Sicht eine Diagnose gestellt werden könne, welche mit dem Unfallgeschehen im Jahre 1982 zusammenhänge (S. 17 f.). Allerdings begründeten sie einlässlich und sorgfältig, dass in der Primärpersönlichkeit der Beschwerdeführerin expressiv histrionische Akzente erkennbar seien, jedoch nicht von einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung gemäss den Merkmalen des ICD-10 ausgegangen werden könne (S. 13 unten). Schliesslich zeigten sie auf, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, sämtliche leichten und mittelschweren körperlichen Arbeiten ohne längeres Heben und Tragen von Lasten über 15 kg ohne Zwangshaltungen, möglichst in einer Wechselhaltung, einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsbereichen sowie ohne besonderen Zeitdruck und ohne Nacharbeitsbedingungen zu verrichten.

Das J.\_\_\_\_-Gutachten erfüllt damit entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin die praxistypischen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Demgegenüber kann auf die Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. H.\_\_\_\_ (vgl. E. 4.2, E. 4.3, E. 4.6, E. 4.8) nicht abgestellt werden. So nannte diese in ihren ersten Berichten einzig die Diagnosen einer schweren Anpassungsstörung und einer Somatisierungsstörung und legte weder die erhobenen psychopathologischen Befunde dar, noch nahm sie eine nachvollziehbar begründete und durch Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeitsbeurteilung vor. Sie machte demnach auch keine näheren Angaben zu funktionellen Einschränkungen und äusserte sich nicht zu möglichen adaptierten Tätigkeiten, sondern führte lediglich aus, aufgrund des chronifizierten Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin müsse die Prognose als schlecht formuliert werden. In ihren letzten zwei Berichten führte sie kurzerhand aus, sie würde diagnostisch der generalisierten Angststörung deutlich mehr Gewicht geben oder gar von einer Persönlichkeitsänderung wegen andauernder Belastung sprechen. Dieser Diagnosewechsel ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar und wird von Dr. med. H.\_\_\_\_ auch nicht näher begründet. So können ihren Berichten insgesamt keine neuen Aspekte entnommen werden und ihre Einschätzungen vermögen somit das ausführliche und eingehend begründete Ergebnis der J.\_\_\_\_-Gutachter nicht zu

entkräfteten.

5.5. Sowweit die Beschwerdeführerin räumte, die psychiatrischen Explorationsgespräche seien aufgrund ihrer Dauer ungenügend (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2.2), kann dieser Ansicht nicht beigepflichtet werden.

So ist, was die behauptete kurze Untersuchungsdauer betrifft, auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts hinzuweisen, wonach es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern in erster Linie massgebend ist, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_942/2009 vom 29. März 2010 E. 5.2 mit Hinweisen), was vorliegend zutrifft.

Die Beschwerdeführerin vermochte ausserdem nicht weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unvollständig ist. Die vorliegenden medizinischen Akten erweisen sich als ausreichend, weshalb auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann. Die Einwände der Beschwerdeführerin in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind nach dem Gesagten unbehelflich. Weitere substantiierte Einwände brachte sie nicht vor.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich im Vergleich zur Einschätzung der RehaClinic (vgl. vorstehend E. 3.5) keine wesentlichen Änderungen ergeben, zumal bereits damals gestützt auf die von der Beschwerdeführerin subjektiv geschilderten Symptome eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt diagnostiziert wurde. Das J.-Gutachten vom 3. Juni 2011 bestätigt somit im Wesentlichen die seinerzeitigen Feststellungen sowie den Schluss der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Es ist somit sowohl in Bezug auf die Diagnosen wie auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf dieses abzustellen und von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin auszugehen.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Bernhard Zollinger

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Hofquai 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.