

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00103 vom 2. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00103

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00103 du 2 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00103 del 2 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1979 geborene X.____ war zuletzt von Mai 2008 bis September 2010 sowie von Februar 2011 bis Dezember 2013 in einem 30 % -Pensum als Reinigungsangestellte bei der Y.____ AG tätig (letzter Arbeitstag 26. Juni 2013; Urk. 8/13) . Am 26. Juni 2013 erlitt sie einen Auffahrunfall und klagte anschliessend über Beschwerden im Bereich der Brustwirbelsäule respektive peräskral (Urk. 8/14).

Die Unfallversicherung in Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen und stellte diese mit Verfügung vom 25. Juni 2014 per 31. August 2014 ein (Urk. 8/8/17) mit der Begründung, der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden sei zu verneinen.

Am 20. August 2014 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Halswirbelsäulen-Distorsion, eine Lendenwirbelsäulen-Kontusion und eine psychische Erkrankung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen, zog die Unfallakten (Urk. 8/8) bei und liess die Versicherte polydisziplinär (allgemeininternistisch, neurologisch, psychiatrisch, orthopädisch) abklären (Expertise vom 16. September 2015; Urk. 8/36). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/38) wies sie das Rentenbegehren mit Verfügung vom 16. November 2015 (Urk. 2) ab.

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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 Vorgänge (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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 15. Dezember 2015 bei der IV-Stelle Beschwerde (Urk. 1), welche diese dem hiesigen Gericht mit Eingabe vom 22. Januar 2016 (Urk. 3) zuständigkeitshalber weiterleitete. Die Beschwerdeführerin beantragte sinngemäss, die Verfügung vom 16. November 2015 sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente zuzusprechen. Am 10. Februar 2016 (Urk. 7) beantragte die IV-Stelle Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 11. Februar 2016 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 16. November 2015 (Urk. 2) damit, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine leistungsspezifische Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege. Es lasse sich kein sozialer Rückzug beobachten. Der Beschwerdeführerin sei es zudem möglich gewesen, während ihres Urlaubs ab Juli 2015 auf Antidepressiva zu verzichten, was zeige, dass die Psychotherapie letztlich nicht infolge Resistenz der Krankheit als gescheitert betrachtet werden müsse.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), seit dem Unfall vom 26. Juni 2013 habe sie sich von ihren Freunden und Kollegen zurückgezogen und ausser Haus keinerlei sozialen Kontakte mehr. Das Schmerzsyndrom bestehe ebenfalls erst seit dem Unfall. Sie gehe regelmässig in eine sozialpsychiatrische Therapie; seit Ende des letztenurlaubes nehme sie auch ihre Antidepressiva wieder regelmässig ein.

E. 3.1

Oberärztin med. pract. Z.____ und Oberarzt Dr. med. A.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, von der Rehaklinik B.____ stellten in ihrem Bericht vom 17. März 2014 (Urk. 8/14/5-15) folgende Diagnosen: - Unfall vom 26. Juni 2013:

PW-Heckaufprall durch einen LKW - HWS-Distorsion QTF II (retrospektiv klassifiziert) - 4. Juli 2013 Röntgen HWS und Dens-Aufnahme: Frakturausschluss - 27. Dezember 2013 MRI HWS; Diskrete Bandscheibenhöhenminderung C3/4 bis C5/6, am ehesten degenerativ bedingt, ansonsten Normalbefund - 7. Januar 2014 Dr. med. C.____, Rheumatologe: Zerviko-thorakal betontes Panvertebralsyndrom bei Skoliose, leichter Hyperlordose LWS und leichter Haltungsinsuffizienz - Kontusion LWS/präsakral (initiale Diagnose am Unfalltag) - 4. Juli 2013 Röntgen BWS/LWS: Frakturausschluss, allenfalls mini male Torsionsskoliose LWS, beginnende Osteochondrose L5/S1 - 27. Dezember 2013 MRI BWS: Normalbefund

Dazu führten sie aus, dass insgesamt eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden sei. Beim heutigen Assessment habe weder für aktive noch für passive Therapiemassnahmen ein Zugang gefunden werden können. Die Beschwerdeführerin zeige eine schlechte Leistungsbereitschaft. Die mini male Performance sei knapp nicht erreicht worden. Aus somatischer Sicht spreche nichts gegen die Suche einer neuen Arbeit (S. 4 f.).

E. 3.2

und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist aller dings nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2 und 9C_210/2012 vom 9. Juli

2012 E. 3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Dabei stellt das Bundesgericht sowohl an die Langjährigkeit (verneint im vorgenannten Urteil 9C_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als anderthalb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorgenannte Urteil 9C_454/2013 E. 4.1) hohe Anforderungen. 4.3.2

Die unfallassozierte Schmerzsituation löste bei der Beschwerdeführerin eine depressive Episode aus. Sie war deswegen ab dem 14. März 2014 bei der E.____ in Behandlung, dies zunächst mit Konsultationen alle zwei Wochen, abschliessend (spätestens) ab Dezember 2014 in Abständen von drei bis vier Wochen. Anlässlich der Begutachtung im August 2015 berichtete sie von Gesprächen, welche alle 10 Tage bis drei Wochen stattfanden (Urk. 8/36 S.

19, S.

29, S.

39 und S.

46). Eine solche Behandlungskaden z deutet auf einen zwar vorhandenen, aber nicht allzu grossen Leidensdruck hin. Von einer konsequenten (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_814/2016 vom 3. April 2017 E. 5.3.2 mit Hinweisen), langjährigen Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde, kann jedenfalls nicht gesprochen werden. Bislang absolvierte die Beschwerdeführerin keine stationäre Therapie. Auch war es ihr möglich, während eines dreiwöchigen Urlaubs auf ihre Psychopharmaka zu verzichten. Dass sie diese Medikation aus familiären Gründen vorübergehend absetzte, wie die Beschwerdeführerin geltend macht (Urk. 1), ändert nichts. Gutachter Dr. G. ___ von der J. ___ wies zu dem auf psychosoziale Belastungsfaktoren hin (posttraumatische Belastungsstörung des Ehemannes mit dadurch verursachter teilweiser Arbeitsunfähigkeit, Anzeichen einer Paarproblematik; Urk. 8/36 S. 33), welche medizinisch die Diagnose einer leichten bis mittelschweren Depression, aber rechtlich keine Invalidität zu begründen vermögen. Ob es sich beim depressiven Leiden nicht ohnehin bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit handelt, kann damit offen bleiben. 4.3.3

Nach dem Gesagten ist (bei im Übrigen günstiger Prognose) eine Einschränkung des Leistungsvermögens aufgrund der nurmehr leichtgradigen, nicht als resistent zu geltenden depressiven Störung nicht ausgewiesen. Zwar ist im J. ___-Gutachten aufgrund der depressiven Restsymptomatik von einer Leistungsminderung von 30 % die Rede (Urk. 8/36 S. 13). Doch ist festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit einen unbestimmten Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG) darstellt. Der (begutachtenden) Arztperson kommt bei der Folgeabschätzung der von ihr erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu, sondern sie nimmt hierzu Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab. Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen. Somit können sich rechtsprechungsgemäss - wie vorliegend - Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass die gesamte gutachterliche Beurteilung - hier jene der J. ___ - ihren Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_92/2017 vom 20. März 2017 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 3.3

Dr. med. F. ___, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. H. ___, Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med. I. ___, Facharzt für Innere Medizin und Onkologie FMH, von der J. ___ AG hielten in ihrem Gutachten vom 16. September 2015 (Urk. 8/36) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 13): - Leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0)

Zudem erwähnten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Panvertebrales Schmerzsyndrom mit demonstrierter Funktionseinschränkung der HWS und LWS - Chronisches multifokales Schmerzsyndrom (ICD-10 F45.41)

Es habe sich aus psychiatrischer Sicht eine affektiv leicht abgeflachte, jedoch durchaus noch schwingungsfähige Beschwerdeführerin mit Selbstwertzweifeln, Zukunftsängsten und einer gewissen Anhedonie gezeigt. Die Symptomatik könne im Sinne einer depressiven Störung interpretiert werden, die aktuell jedoch nur noch ein leichtgradiges Ausmass. Es sei davon auszugehen, dass aufgrund der depressiven Restsymptomatik nach wie vor eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 30 % bestehe. Dies gelte auch für

eine dem Leidensdruck angepasste Tätigkeit. Zusätzlich werde die Diagnose eines chronisch multifokalen Schmerzsyndroms, welches jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe, erhoben. Die Beschwerdeführerin sei auf ihre Schmerzproblematik fokussiert, die vor allem im Schulter-Nackengebiet lokalisiert sei und aufgrund der bisherigen beschriebenen Ausweitungstendenz, der weitgehenden Therapieresistenz und der klaren Zuordnung zu psychischen Belastungsfaktoren durchaus somatoforme Aspekte aufweise. Allerdings sei ein ausgewiesener sozialer Rückzug nicht zu beobachten und die Schmerzproblematik scheine in gewissen Grenzen überwindbar zu sein, wie fehlende Ausgleichsbewegungen oder Schmerzäußerungen während der Exploration auch unterstrichen hätten (S. 13).

Aus orthopädischer Sicht werde keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit erhoben. Bei der klinischen Untersuchung der Halswirbelsäule

hätten sich Rotation und Seitneigung nahezu uneingeschränkt darstellen lassen, die Reklination und Inklination werde dagegen frühzeitig schmerzhaft beschrieben. Ein ähnliches Phänomen zeige sich im Bereich der Lendenwirbelsäule. Hier lasse sich jedoch eine Inkonsistenz der Befunde aufzeigen. Bei der Aufforderung, den Fingerbodenabstand im Stand zu demonstrieren, betrage dieser bei Inklination 55 cm. Der Fingerspitzen-Zehenspitzenabstand im Langsitz betrage 10 cm. Auffallend sei eine ausgeprägte Hohlhandbeschwellung über den Grundgelenken aller Langfinger, welche von einer hohen manuellen Aktivität zeuge. Hier bestehe eine Inkonsistenz zwischen der anamnestisch angegebenen Inaktivität der Beschwerdeführerin und dieser ausgeprägten Hohlhandbeschwellung. Die demonstrierte Funktionsbeschränkung für die Inklination der Wirbelsäule lasse sich nicht erklären; zudem würden Befundinkonsistenzen auf eine mangelnde Mitwirkung hinweisen (S. 13 f.).

Aus internistischer und neurologischer Sicht würden keine Diagnosen erhoben, so dass auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus diesen Fachgebieten resultiere (S. 14).

Aus rein psychiatrischem Blickwinkel sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit grundsätzlich möglich, wenn es hier nicht zu körperlich übermäßig beanspruchenden Arbeitsinhalten komme. Es sei davon auszugehen, dass aufgrund der depressiven Restsymptomatik nach wie vor eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 30 % bestehe. Dies gelte auch für eine dem Leidensdruck angepasste Tätigkeit. Auch hier sei die depressive Situation nach wie vor für eine Leistungsminderung von 30 % verantwortlich (S. 14).

Internistisch, neurologisch und auch orthopädisch wurde die Prognose als gut erachtet. Psychiatrisch sei die Prognose angesichts der Verbesserung in den letzten Monaten durchaus günstig, wenn gleich es sicherlich noch ein halbes Jahr dauern werde, bis die depressive Situation weitgehend remittiert sei (S. 15).

E. 4

. 3 4.3.1

Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittel schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E).

3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März

2015 E. 3.1; 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E. 4.3.2; 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E.

E. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der J.____ vom 16. September 2015 beruht auf den erforderlichen allgemeininternistischen, orthopädischen, psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander.

Im Einzelnen wiesen sie auf eine Inkonsistenz der Befunde im Bereich der Lendenwirbelsäule, auf eine Inkonsistenz zwischen der anamnestisch angegebenen Inaktivität und der ausgeprägten Hohlhandbeschwellung und auf eine mangelnde Mitwirkung hin. Ebenso erwähnten sie, dass die Medikationen weit unterhalb des therapeutischen Bereichs waren. Auch hielten sie fest, dass es Anzeichen einer Paarproblematik gebe und dass die posttraumatische Belastungsstörung des Ehemannes die Depression der Beschwerdeführerin verstärke und unterhalte (S. 11 und S. 33). Schliesslich führten sie aus, dass die unfallassoziierte Schmerzsituation eine depressive Episode aus gelöst habe, die intermittierend ein mittel- bis schwergradiges Ausmass angenommen habe. Im Laufe der letzten Monate habe sich unter adäquater Medikation aber auch eine deutliche Verbesserung gezeigt, mit heute nur noch leichtgradiger Ausprägung, was die Beschwerdeführerin zu einer vorübergehenden Beendigung der antidepressiven Therapie veranlasst habe (S. 13). Entsprechend bestätigte auch die Beschwerdeführerin, dass die Depression deutlich besser sei als noch vor einem halben Jahr (S. 28 und S. 33 f.).

Hinsichtlich des Leistungsvermögens gelangten die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin seit Juli 2015 in der angestammten so wie in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg zu 70 % arbeitsfähig ist.

E. 4.2

Im Unterschied zum J.____-Gutachten (depressive Störung von nur leichtgradigem Ausmass) gingen die behandelnden Fachleute der E.____ in ihrem Bericht vom 5. Dezember 2014 von einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode aus (E. 3.2 hievor). Mit Blick auf den ärztlichen Befund kann jedoch eine schwere depressive Episode nicht nachvollzogen werden. Es wurde weder von Schlafstörungen noch von einem verminderten Appetit berichtet; auch die Konzentration und Aufmerksamkeit waren nicht vermindert und es bestanden keine Hinweise auf eine Suizidalität. Selbst wenn zu Beginn der Behandlung eine schwere depressive Episode bestanden hätte, wäre davon auszugehen, dass sich diese bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung wieder verbessert hat. Entsprechend ist das zu Beginn der Behandlung alle zwei Wochen stattgefundenе sozialpsychiatrische Gespräch durch eine Unterstützung der psychosozialen Spitex sowie eine medikamentöse Therapie mit Terminen alle drei bis vier Wochen abgelöst worden. Von einer schweren depressiven Episode im Dezember 2014 ist jedenfalls nicht auszugehen. Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand seit her wieder verschlechtert hätte, sind den Akten keine zu entnehmen. Viel mehr hat die Beschwerdeführerin selber im August 2015 berichtet, dass ihre Depression deutlich besser sei als noch vor einem halben Jahr.

E. 5

.2 5.2.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisfragen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

5.2.2

Hervorzuheben ist dabei, dass die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders und insoweit die medizinische Schätzung der Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2). Eine Indikatorenprüfung fällt somit auch dann nicht automatisch und unbesehen der konkreten Umstände ausser Betracht, wenn nach ärztlicher Beurteilung ein Leiden die Arbeitsfähigkeit nicht in relevanter Weise beeinträchtigt (so ausdrücklich Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.1).

E. 5.3.1

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass sich aus dem diagnostizierten Schmerzsyndrom dessen Schwere nicht plausibilisieren lässt (vgl. E. 5.1 hievore) und Dr. G.____ von der J.____

(Urk. 8/36 S. 34) ausserdem eine darauf zurückzuführende wesentliche Einschränkung nachvollziehbar verneint. Wie bereits dargelegt, sind zudem psychosoziale Belastungsfaktoren vorhanden, welche rechtlich keine Invalidität zu begründen vermögen.

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder –resistenz“ fehlt es sodann an einer adäquaten Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten (vgl. E. 4.3.2 hievore).

E. 5.3.2

Als „Komorbiditäten“ sind lediglich krankheitswertige Störungen

zu berücksichtigen, welchen eine eigenständige invalidisierende Bedeutung zukommt. Die leichtgradige depressive Episode vermag keine solche zu begründen, kommen doch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung als psychische Komorbiditäten nur schwere und therapeutisch nicht (mehr) angehbare psychische Krankheiten in Betracht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2; Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 27). Das panvertebrale Schmerzsyndrom hat nach plausibler Darstellung der

J.____ -Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

E. 5.3.3

Beim Komplex „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Die Beschwerdeführerin ist seit 2002 verheiratet und Mutter von zwei Kindern im Kindergarten- beziehungsweise Primarschulalter. Sie hat sechs Geschwister im K.____ und einen Bruder in L.____. Mit ihrer Familie steht sie per Skype in Kontakt. Laut ihren Angaben liegt es (auch) an ihren geringen Deutschkenntnissen, dass sie ansonsten nur wenig Sozialkontakte hat (Urk. 8/36 S.

28-30 und Urk. 1). Die Beschwerdeführerin steht um 7:15 Uhr auf, hilft ihren Kindern, sich für die Schule beziehungsweise den Kindergarten vorzubereiten und bringt ihren Sohn in den Kindergarten. Anschliessend ruht sie sich aus, bereitet das Mittagessen zu und holt den Sohn vom Kindergarten ab. Nach dem gemeinsamen Essen geht sie am Nachmittag mit ihrem Sohn und ihrem Ehemann spazieren, legt sich anschliessend hin und schaut etwas fern ;

die Beschwerdeführerin bereitet sie meist mit Hilfe ihres Ehemannes das Abendessen zu, schaut nach dem Abendessen fern und geht gegen 22:00 Uhr ins Bett. Damit erhält die Beschwerdeführerin durch ihre Einbettung in die Familie und die ihr im Alltag obliegenden familiären Pflichten eine Tagesstruktur. Trotz eines gewissen sozialen Rückzugs enthält der soziale Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

E. 5.3.4

In der Kategorie „Konsistenz“ (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ eingehend Michael E.

Meier, a.a.O., S.

28 ff.) zielt

der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Beschwerdeführerin sieht sich nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Ihr Tagesaktivitätsniveau ist zwar in einem gewissen Umfang eingeschränkt, jedoch (längst) nicht entsprechend der von ihr geltend gemachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit.

Gemäss den J.____-Gutachtern zeigte sie zudem eine auffallend ausgeprägte Hohlhandbeschwellung, was von einer hohen manuellen Aktivität zeugt und nicht zum von ihr geschilderten Tagesablauf passt. Auch war sie etwa in der Lage, vor der Begutachtung mit ihrem kranken Ehemann und den beiden Kindern drei Wochen in die Ferien zu fahren (Urk. 8/31), was ebenfalls gegen eine ausgeprägte Einschränkung im Alltag spricht.

E. 5.3.5

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, a.a.O., S. 25 Rz 60) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Die Beschwerdeführerin war wie dargelegt ab März 2014 zunächst alle zwei Wochen in psychiatrischer Behandlung. Aktuell wird sie zuhause durch die psychosoziale Spitex und zusätzlich für die medikamentöse Therapie im Ambulatorium behandelt; dies in Abständen von drei bis vier Wochen. Während ihres Urlaubs verzichtete sie ganz auf Psychopharmaka. Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht der

verhältnismässig geringen Behandlungsintensität sowie der zwischenzeitlichen Malcompliance in Bezug auf die medikamentöse Therapie nicht gesprochen werden. Eingliederungs massnahmen standen bislang soweit ersichtlich nicht im Raum, weshalb aus diesem Aspekt keine Schlüsse gezogen werden können.

E. 5.3.6

Bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren ist eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Invalidität führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

E. 6

.

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr.

E. 9

00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4 .

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

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

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

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