

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01241 vom 30. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01241

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01241 du 30 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01241 del 30 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, war seit 2009 mit einem vollen Arbeitspensum und seit dem 1. November 2012 mit einem Pensum von 50 % als Raumpflegerin bei den Y.____ angestellt (Urk. 7/7 S. 1 f. Ziff. 2, Urk. 7/10 S. 1). Am 6. Mai 2013 meldete sich die Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/3, Urk. 7/25) bei und erliess am 17. Oktober 2013 einen Vorbescheid (Urk. 7/15).

Nachdem die Versicherte am 11. November 2013 Einwände erhoben hatte (Urk. 7/19), teilte die IV-Stelle der Versicherten in der Folge am 20. Oktober 2014 mit, dass eine bidisziplinäre Begutachtung notwendig sei (Urk. 7/61). Die Versicherte brachte am 29. Oktober 2014 einen Einwand gegen den vorgesehen psychiatrischen Gutachter vor (Urk. 6/63). Mit Verfügung vom 17. November 2014 hielt die IV-Stelle an der Abklärungsstelle und an den Gutachtern fest (Urk. 7/65). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Das psychiatrische Teilgutachten wurde daraufhin am 12. Februar 2015 (Urk. 7/71), das bidisziplinäre Gutachten am 4. Juni 2015 (Urk. 7/75) erstattet. Die Versicherte nahm am 28. August 2015 dazu Stellung (Urk. 7/79).

Mit Verfügung vom 27. Oktober 2015 (Urk. 7/85 = Urk. 2) verneinte die IV Stelle einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

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.

E. 2

Die Versicherte erhob am 30. November 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. Oktober 2015 und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Januar 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 1. März 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich mit Verweis auf die medizinischen Abklärungen auf den Standpunkt, dass seit dem 29. Oktober 2012 ein Gesundheitsschaden mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin bestehe. Nach Ablauf der Wartezeit bestehe in einer leidensangepassten mittelschweren und wechselbelastenden Tätigkeit ohne häufiges Treppensteigen jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die Beschwerdegegnerin verneinte daher bei einem Invaliditätsgrad von 8 % einen Rentenanspruch (Urk. 2 S. 3).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, die Einschätzung im interdisziplinären Gutachten sei nach alter Rechtsprechung (Änderung der Rechtsprechung mit BGE 141 V 281) bei Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung und vergleichbarer psychosomatischer Leiden abgegeben worden. Nach den Gutachtern handle es sich um eine klassische Schmerzkrankheit und um ein bei fehlender relevanter psychiatrischer Komorbidität als überwindbar zu beurteilendes Beschwerdebild. Die Überwindbarkeitsvermutung sei mit der neuen Rechtsprechung aufgegeben worden. Die Schlussfolgerung des Gutachtens überzeuge daher nicht und genüge der neuen Rechtsprechung nicht (Urk. 1 S. 10 Rz 30 und 32). Es lägen objektivierte Beschwerden vor, welche die Leistungsfähigkeit gemäss Gutachten einschränkten. Nach neuer Rechtsprechung bestehe ein Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1 S. 11 Rz 41).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.
3. 3.1

Die medizinischen Akten ergeben folgendes Bild:

Die Beschwerdeführerin ist seit dem 12. Oktober 2012 bei Dr. med. Z.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 7/3 S. 2 Ziff. 3). Dr. Z.____ attestierte ihr in einem Bericht vom 13. März 2013 seit dem 29. Oktober 2012 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3 Ziff. 8). 3.2

Die Beschwerdeführerin war zudem seit dem 6. Oktober 2012 bei Dr. med. A.____, praktischer Arzt, in Behandlung (Urk. 7/31 Ziff. 3). Dr. A.____ nannte im Bericht vom 17. Mai 2013 (Urk. 7/31) als Diagnosen Knie schmerzen beidseits, links mehr als rechts, und ein Wirbelsäulen-Syndrom (Lenden- und Brustwirbelsäule). Als Differentialdiagnose nannte er eine Fibro myal gie. Des Weiteren diagnostizierte er einen Verdacht auf ein chronisches Schmerzsyndrom und eine depressive Störung (Ziff. 1). Dr. A.____ attestierte der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 8. bis 21. Oktober und vom 29. Oktober bis 11. November 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 8) und gab an, dass die Arbeit ab dem 12. November 2012 zu 100 % wieder aufgenommen werden könne (Ziff. 9). 3.3

Dr. Z.____ nannte im Bericht vom 12. Juli 2013 (Urk. 7/32) als Diagnosen eine mittel- bis schwergradige depressive Episode, eine posttraumatische Belastungsstörung, eine ängstliche Persönlichkeitsstörung und eine Gonarthrose beidseits (Ziff. 1). Dr. Z.____ bestätigte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 11. November 2012 bis auf Weiteres (Ziff. 8). Weiter gab er an, es sei ungewiss, ob mit der Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit gerechnet werden könne (Ziff. 9.1). 3.4

Dr. med. B.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte im Bericht vom 5. Oktober 2013 (Urk. 7/35) folgende Diagnosen - chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Protrusion bei L5/S1 - chronisches Reizknie links bei Chondromalazie Grad III/IV - umschriebenes Knochenmarködem im Bereiche des Tibiaplateaus - Gonarthrose - schwere depressive Entwicklung

Dr. B.____ führte weiter aus, es lägen chronifizierte Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen in beide Beine, aber auch Schmerzen im Nacken-Schultergürtel reich mit diffusen Ausstrahlungen in beide Arme, verbunden mit Gefühlsstörungen, vor allem Dysästhesien beider Hände vor. Nebenbei bestünden schwer wiegende Schmerzen im Bereich des linken Knies mit einer Schwellungsneigung bei einem Knorpelschaden mit rezidivierenden Schwellungen. Die Beschwerdeführerin sei in ihrem Alltag bezüglich ihrer Gehfähigkeit deutlich behindert. Infolge ihres hinkenden Ganges komme es immer wieder zu erneuten Exazerbationen der Rückenschmerzen als Folge von Fehlhaltung und Fehlbelastung. Im Vordergrund stehe aber ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit Schmerzen praktisch im ganzen Körper bei schwerer depressiver Entwicklung.

In Anbetracht der gesamten Situation sei die Patientin nicht arbeitsfähig beziehungsweise vermittlungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit (gemeint wohl: Arbeitsunfähigkeit) betrage weiterhin 100 %. Die Krankentaggeldversicherung wolle die Leistungen per Ende September sistieren, was absolut unverständlich und nicht nachvollziehbar sei. 3.5

Die Beschwerdeführerin war vom 18. Oktober bis 23. November 2013 in der C.____ hospitalisiert (Urk. 7/23 S. 1).

Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin, S.____, Psychologin, und Dr. med. E.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Chefarzt, C.____, nannten im Austrittsbericht vom 22. November 2013 (Urk. 7/23) als psychiatrische Diagnosen eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren. Als somatische Diagnosen nannten sie ein chronisches Reizknie links bei Chondromalazie Grad III/IV und ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei einer Diskusprotrusion bei L5/S1 (S. 1). Die Ärzte attestierten der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Dauer des Klinikaufenthaltes und anschliessend bis zum 15. Dezember 2013 (S. 2 unten).

3.6

Vom 4. Dezember 2013 bis 13. Januar 2014 war die Beschwerdeführerin in der F.____ in ambulanter Behandlung (Urk. 7/45 Ziff. 1.2).

Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Assistenzärztin, und Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Oberärztin, F.____, stellten im Bericht vom 1. April 2014 (Urk. 7/45) folgende Diagnosen (S. 1): 1. chronisches cervikospodylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont - MRI der Halswirbelsäule (HWS) vom 3. Dezember 2013 (extern): keine wesentliche Degeneration, keine Neurokompression - klinisch Verdacht auf Dysfunktion im Bereich der oberen und mittleren HWS - Ultraschall Schulter rechts vom 27. Dezember 2013: intakte Rotatoren manschette, keine Hinweise auf Bursitis 2. chronisches lumbospondylonges Schmerzsyndrom beidseits - MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 12. Dezember 2012 (extern, nicht vorliegend): leichte discodegenerative Veränderungen mit Bulging Segment L5/S1, keine radikuläre Kompression, keine höhergradigen degenerativen Veränderungen, keine entzündlichen oder neuroplastischen Veränderungen 3. chronische Schmerzen Knie links - MRI Knie links vom 12. Dezember 2012 (extern, nicht vorliegend): umschriebenes Knochenmarködem im Bereich des Tibiaplateaus, Chondromalazie Grad III-IV

Dr. G.____ und Dr. H.____ führten zur Anamnese aus, die Patientin berichte, dass sie bereits seit Jahren an Rückenschmerzen lumbal leide. Diese hätten immer gut auf Dafalgan angesprochen. Im April 2012 seien Schmerzen im linken Knie und in der Folge auch im rechten Knie aufgetreten. Seither sei es zu einer Zunahme auch der Rückenschmerzen aktuell mit Dauerschmerzen gekommen (S. 2 Ziff. 1.4 oben). Da sich in den bisherigen Abklärungen keine wesentliche strukturelle Pathologie ergeben habe, sei grundsätzlich von einer guten Prognose auszugehen. Der bisherige protrahierte Verlauf müsse jedoch erfahrungsgemäss als ungünstiges Zeichen für eine rasche Verbesserung gewertet werden (S. 2 Ziff. 1.4 Mitte). Es würden aktive physiotherapeutische Massnahmen empfohlen (Ziff. 1.5).

Der Beschwerdeführerin sei für die Tätigkeit als Reinigungskraft von Seiten der F.____ keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden (Ziff. 1.6). Die körperliche Einschränkung sei begründet durch eine verminderte Belastungsfähigkeit der Wirbelsäule bei leichtgradigen degenerativen Veränderungen und muskulärer Insuffizienz. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit könne keine genaue Einschätzung abgegeben werden. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse sei jedoch nicht von einer höhergradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten auszugehen (Ziff. 1.7). 3.7

Dr. Z.____ gab in einem Schreiben vom 1. Juli 2014 (Urk. 7/49) an, die aus dem I.____ stammende Beschwerdeführerin sei mit Unterbrechungen schon lange Zeit bei ihm in Behandlung. In den Jahren 2006 und 2007 habe sie unter einer Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung nach schweren Kriegserlebnissen in ihrer Heimat gelitten. Die Behandlung habe jedoch eine Besserung gebracht. So habe sie mit der Zeit das psychische Gleichgewicht wie dergewunden. Seit Spätsommer 2012 sei es wieder zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gekommen. Dabei sei gleichzeitig mit den körperlichen Beschwerden erneut eine Depression ausgebrochen (S. 1 oben).

Die Patientin sei sehr niedergeschlagen, innerlich unruhig und ängstlich, fast agitiert geworden. Gleichzeitig sei sie wegen der vorhandenen Rücken- und Kniebeschwerden

schwer beweglich. In ihrem Denken sei sie sehr eingeengt und ausschliesslich mit ihrer Situation und ihren Beschwerden beschäftigt. Häufig sei sie in Panik geraten und sei zeitweise ganz verzweifelt und suizidal gewesen (S. 1 Mitte). Durch die Therapie in der C. ___ habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin ein bisschen gebessert. Nach der Entlassung aus der Klinik sei es jedoch schnell wieder zu einer Verschlechterung gekommen (S. 1 unten). Trotz aller Therapieversuche sei es bis jetzt zu keiner namhaften Besserung gekommen. Der psychische Zustand habe sich sogar verschlechtert. Die Symptome seien intensiver geworden (S. 2 oben).

Dr. Z. ___ stellte folgende Diagnosen (S. 2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwer gradige Episode - ängstliche Persönlichkeitsstörung - chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen - Kniearthrose beidseits

Es handle sich um eine chronifizierte depressive Störung, die seit September 2012 bestehe und die sich trotz ambulanter und stationärer Behandlung noch intensiviert habe. Der Zustand zeige die Tendenz zu einer weiteren Invalidisierung. Aus psychiatrischen Gründen sei die Beschwerdeführerin für die bisherige, aber auch für eine andere Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 unten). 3.8

Dr. B. ___ gab in einem Schreiben vom 1. Juli 2014 (Urk. 7/52) zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin an, zur Objektivierung der Belastungseinschränkung sei eine Evaluation der Arbeitsfähigkeit notwendig (Ziff. 1). Die Schmerzen der Beschwerdeführerin seien grösstenteils durch die permanenten Rücken- und Knieschmerzen erklärbar (Ziff. 2).

In der ursprünglichen Arbeit im Reinigungsdienst sei die Patientin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Aus rheumatologischer Sicht sei eine adaptierte Tätigkeit zu 50 % zumutbar. Infolge der depressiven Entwicklung bleibe die genannte Arbeitsfähigkeit allerdings rein theoretisch (Ziff. 4). Die Patientin leide an chronischen Schmerzen mit massiver Selbstlimitierung. Zudem bestehe ein sozialer Rückzug. Die Schmerzen hätten sowohl medikamentös wie auch psychiatrisch nicht wesentlich beeinflusst werden können (Ziff. 5). 3.9

3.9.1

Die Beschwerdegegnerin veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin. Die psychiatrische Begutachtung erfolgte durch Dr. med. J. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt K. ___. Die somatische Untersuchung fand im L. ___ statt. 3.9.2

Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. J. ___ datiert vom 12. Februar 2015 (Urk. 7/71) und basiert auf der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 22. Januar 2015 und den dem Gutachter zur Verfügung gestellten Akten (S. 1).

Dr. J. ___ führte aus, die Beschwerdeführerin sei in einer Stadt in I. ___ geboren und aufgewachsen. Ihr Vater habe in einer Baufirma in Deutschland gearbeitet und die Explorandin sei mit der Mutter und den Geschwistern in ihrem Heimatland aufgewachsen. Der Vater sei zwei Mal pro Jahr nach Hause gekommen. Er habe dann als Lastwagenchauffeur einen schweren Unfall gehabt, wobei eine Person ums Leben gekommen sei. Die Explorandin sei zur Zeit des Unfalles acht- oder neunjährig gewesen. Sie habe sich an ihrem Wohnort Sprüche anhören müssen, ihr Vater habe die andere Person

umgebracht. Ansonsten sei die Kindheit der Beschwerdeführerin ohne weitere gravierende traumatische Ereignisse verlaufen (S. 6 Ziff. 3.3).

Sie sei in der Kindheit abgesehen von einer Blindarmoperation immer gesund gewesen. Während des Krieges in ihrem Heimatland 1998 und 1999 habe sie vieles erlebt. Wenn sie dem Referenten sagen würde, dass sie vergewaltigt und missbraucht worden sei, würde man ihr nicht glauben. Wegen ihrer Kinder habe sie grosse Ängste ausgestanden. Sie sei dann geflüchtet. Seit dem Krieg seien immer wieder Albträume aufgetreten. Nachts habe sie häufig geschrien. Seit dem Jahr 2000 sei die Beschwerdeführerin bei Dr. Z.____ in psychiatrischer Behandlung. Sie habe ihn oft auch ohne Terminvereinbarung aufgesucht. Sonst habe sie mit niemandem reden können. Im Oktober 2012 seien im linken Knie Schmerzen aufgetreten, später auch im rechten Knie. Sie habe unbedingt wieder arbeiten wollen, was aber nicht möglich gewesen sei, weil sie zusätzlich noch unter Rückenschmerzen gelitten habe. Sie habe einen Arzt nach dem anderen aufgesucht, welche ihr alle erklärt hätten, dass sie unter psychischen Problemen leide. Sie wolle arbeiten, was jedoch wegen der Schmerzen nicht möglich sei (S. 6 f. Ziff. 3.5).

Jede Bewegung sei schmerzhaft. Die meiste Zeit halte sie sich zu Hause auf. Wenn man Einkäufe tätige, koche sie für die Familie. Ihr Ehemann trage die Wäsche vom Keller in die Wohnung hinauf, worauf sie diese sortiere. Sogar duschen sei für sie schwierig. Ablenkung erfahre sie durch TV-Sendungen oder wenn sie Kaffee trinke und mit ihren Kindern zusammensitze. Ihre Tochter besuche sie regelmässig. Die Beschwerdeführerin stehe zwischen 8 Uhr und 8.30 Uhr auf und trinke Kaffee. Sie unternehme kurze Spaziergänge und füttere meistens Fische mit altem Brot. Sie verspüre keinen Willen, einkaufen zu gehen oder für sich etwas zu besorgen. Nachts erwache sie stündlich. Obwohl sie zwischen 18 Uhr und 19 Uhr Saroten einnehme, schlafe sie schlecht. Die Beschwerdeführerin könne sich keine Arbeit mehr vorstellen, einerseits wegen ihrer Schmerzen, andererseits aber auch wegen der Depression (S. 7). 3.9.3

Die Explorandin berichte insbesondere blumig und ausführlich über ihre Schmerzen mit deutlicher Dramatisierungstendenz, zum Teil theatralisch, begleitet von unpassenden Gefühlsausdrücken (S. 8 Ziff. 4.1). Eine testpsychologische Untersuchung habe auf der Panik- und Agoraphobie-Skala 17 Punkte ergeben, was auf eine mittlere Angstsymptomatik hindeute. Die in einem weiteren Test erzielte Punktzahl deute nicht auf eine depressive Symptomatik mit Krankheitswert hin (S. 8 Ziff. 4.2). 3.9.4

Dr. J.____ stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Stimmungseinbrüchen und Ärger, Akzentuierung von histrionischen Persönlichkeitszügen und ein akutenmässiger Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung (S. 9 Ziff. 5.1 und 5.2).

Die Kindheit der Beschwerdeführerin beziehungsweise ihre Persönlichkeitsentwicklung sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen, womit sich bei ihr keine Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung ergeben würden. Die Explorandin habe in ihrem Heimatland während acht Jahren die Primarschule absolviert und im Februar 1985 geheiratet und eine eigene Familie gegründet. Sie habe während der Exploration nicht über traumatische Kriegserlebnisse berichten wollen. Sie habe dem Gutachter den rätselhaften Vorwurf gestellt, man würde ihr nicht glauben, wenn sie sagen würde, dass sie während des Krieges vergewaltigt worden sei. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei gemäss dem

Bericht von Dr. Z.____ vom 1. Juli 2012 therapeutisch erfolgreich behandelt worden (S. 9 Ziff. 6 Mitte).

Im November 2012 habe die Beschwerdeführerin erneut eine psychiatrische Behandlung bei Dr. Z.____ aufgenommen. Gemäss dessen Bericht vom 1. Juli 2014 sei die Verschlechterung des psychischen Zustandes gleichzeitig mit den körperlichen Beschwerden aufgetreten, was auf eine Anpassungsstörung und keine eigenständige depressive Störung hindeute. Zum Untersuchungszeitpunkt durch den Gutachter sei die Explorandin psychisch nicht dekompenziert erschienen. Die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, deren Ausprägungsgrad und Intensität in mittelgradigem bis schwerem Ausmass postuliert worden sei, könne gestützt auf die klinische Untersuchung nicht begründet werden. Die mnestischen Funktionen der Explorandin seien inaktiv, die affektive Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Antriebsstörungen seien nicht festgestellt worden. Das Ausmass der Vermeidungshaltung und der Rückzugstendenzen bei geklagten körperlichen Beschwerden könnten nicht auf eine Depression zurückgeführt werden. Die Grundstimmung der Explorandin sei vor dergründig nicht gedrückt, sondern dysphorisch gereizt und aufgelöst gewesen mit histrionisch gefärbter dramatischer Selbstdarstellung mit zum Teil theatralischem Auftreten und übertriebenen Gefühlsausdrücken. Dies schliesse eine depressive Störung zusätzlich aus. Bei fehlenden affektiven und kognitiven Einschränkungen sei aus psychiatrischer Sicht auch keine Arbeitsunfähigkeit begründbar. Die psychischen Beschwerden würden vielmehr durch krankheitsfremde Faktoren wie Symptomausweitung, Selbstlimitierung und eine dysfunktionale Überzeugung moduliert (S. 9 f. Ziff. 6). 3.9.5

In der bisherigen angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die Explorandin sei aus psychiatrischer Sicht nie über längere Zeit arbeitsunfähig gewesen (S. 10 Ziff. 7.1-7.2).

Hinweise auf Aggravation oder Simulation hätten sich während der Exploration nicht ergeben. Dagegen könne eine erhebliche Selbstlimitierung und eine histrionische Zustandsdramatisierung festgestellt werden. Eine rezidivierende depressive Störung könne nicht bestätigt werden. Es sei nicht auszuschliessen, dass die Explorandin im Rahmen des Asylverfahrens 2012 unter einer vorübergehenden depressiven Symptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung gelitten habe. Eine eigenständige depressive Störung könne aber nicht bestätigt werden. Die von der C.____ gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung könne bestätigt werden, wobei bei der Explorandin vordergründig Sorgen, Anspannungen, Stimmungseinbrüche und Ärger bestünden. Eine Persönlichkeitsstörung sei allgemein auf biologische und Persönlichkeitsfaktoren zurückzuführen, insbesondere auf schwerwiegende traumatische Ereignisse aus der Kindheit. Ausserdem werde eine Persönlichkeitsstörung durch ein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster, anhaltende Störungen der Impuls- oder Affektkontrolle und anhaltende Störungen der sozialen Interaktion charakterisiert, beginnend im frühen Erwachsenenalter. Dies sei bei der Explorandin ganz klar nicht der Fall. Die aktenmässig postulierte Persönlichkeitsstörung könne daher nicht bestätigt werden (S. 10 f. Ziff. 8.4). 3.10

3.10.1

Das bidisziplinäre Gutachten des L.____ vom 4. Juni 2015 (Urk. 7/75) ist von PD Dr. M.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, N.____, Physiotherapeutin, und Dr. J.____ unterzeichnet. Die somatische Abklärung fand am

12. und 13. Januar 2015 im L.____ statt, wobei zusätzlich eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt wurde (S. 1).

Die Gutachter führten zur Anamnese aus, in somatischer Hinsicht seien 2012 Schmerzen im linken Knie, später auch im rechten Knie aufgetreten. Bis dahin sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig gewesen. Wegen der Schmerzen habe sie aber zunehmend Probleme gehabt. Als noch Rückenschmerzen hinzuge kommen seien, sei eine Arbeit nicht mehr möglich gewesen (S. 5 unten).

Im Vordergrund stünden die Rückenbeschwerden. Die Beschwerdeführerin gebe auf der VAS-Schmerzskala (0-10) über die letzten sieben Tage Schmerzen von 8, 10 und 4 an, wobei nicht immer klar sei, weshalb die Schmerzen stärker oder weniger stark seien, da sie im Alltag eigentlich gar nichts mache. Zu einer Schmerzverstärkung komme es zum Teil bei längerem Sitzen, Stehen oder Gehen, aber auch einfach so. Hinsichtlich der Kniebeschwerden habe sie links mehr Beschwerden als rechts (S. 6 Ziff. 2). 3.10.2

Die Gutachter stellten interdisziplinär folgende Diagnosen (S. 9 unten): - chronisches rechtsbetontes lumbovertebrales bis -spondylogenes Syndrom - Differentialdiagnose: zusätzliches Syndrom des Ileosakralgelenkes rechts, nicht entzündlich - mässig ausgeprägte degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule - vordere Knieschmerzen beidseits, deutlich linksbetont - arthroskopisch Chondromalazie Grad III-IV links - leichte muskuläre Atrophie links gegenüber rechts - funktionell eingeschränkt klinisch

Die Gutachter stellten sodann folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 unten): - leichtes thorakozervikospondylogenes Syndrom rechts - ohne isolierte Schulterpathologie - Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannung und Stimmungseinbrüchen und Ärger - Akzentuierung der histrionischen Persönlichkeitszüge - akutenmässig Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung - unter Belastung ausgeprägtes dysfunktionelles Krankheitsverhalten

Die Beschwerdeführerin sei im Stundenlohn in der Reinigung tätig gewesen. Seit der Immigration in die Schweiz vor knapp 15 Jahren stehe sie in psychiatrischer Behandlung, ohne dass sich dies früher auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirken hätte. 2012 sei es zu zunehmenden Kniebeschwerden sowie Schmerzen in der Lendenwirbelsäule gekommen, welche weder auf medikamentöse noch auf physiotherapeutische Massnahmen oder eine stationäre Massnahme in der C.____ angesprochen hätten. Die anschliessenden Abklärungen hätten degenerative Veränderungen in der unteren Lendenwirbelsäule sowie MRI-diagnostisch eine Chondromalazie im Bereich des linken Knies ergeben. Nach dem Aufenthalt in der C.____ habe zusätzlich eine zervikale Problematik bestanden, wobei hierfür objektiv keine strukturelle Ursache gefunden worden sei.

Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht seit dem 29. Oktober 2012 anhaltend arbeitsunfähig geschrieben. Sie gebe an, dass die arbeiten wolle, dies aber aufgrund der Schmerzen nicht könne (S. 8 Ziff. 4).

Anlässlich der Untersuchung im L.____ seien Schmerzen mit an sich relativ schwankendem Ausmass auf der Schmerzskala angegeben worden. Lediglich in Bezug auf die Kniebeschwerden links sei eine Abhängigkeit vom Treppensteigen angegeben worden. Im Übrigen seien die als beschwerdeauslösenden und min dernden Faktoren eher diffus erschienen. Die Beschwerdeführerin würde sich in Bezug auf Alltagsaktivitäten aufgrund der Schmerzen weitgehend schonen. In objektiver Hinsicht bestünden in Bezug auf den

Rücken hauptsächlich schmerz bedingte Beweglichkeitseinschränkungen ohne Hinweis auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom. Nur in Bezug auf die Druckschmerzhaftigkeit und die Provokation bei Flexion bestünden relativ uniform umschriebene Beschwerden im Bereich des rechten Ileosakralgelenkes, was in etwa auch der spontanen Schmerzausstrahlung entspreche (S. 8 Ziff. 4 unten).

Bei der EFL habe die Beschwerdeführerin eine ausgeprägte Selbstlimitierung sowie Inkonsistenzen gezeigt bei sehr ausgeprägten verbalen Schmerzäußerungen, wobei die demonstrierte Belastbarkeit im Bereich einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit gelegen habe. Eine Gewichtung der EFL könne somit nur beschränkt erfolgen. Die Beschwerdeführerin habe die eigene Leistungsfähigkeit auf absolut minimalstem Niveau eingeschätzt, was bei Weitem nicht einmal der gezeigten Leistung entsprochen habe. In struktureller Hinsicht bestehe im Bereich des linken Knies sicherlich ein relevantes Problem, welches sich auch aus medizinisch-theoretischer Sicht auf die Arbeitsfähigkeit bei der Treppenreinigung auswirke. Im Übrigen überwiege eine klassische chronische Schmerzkrankheit mit letztlich unspezifischen Folgen auf die Funktionsfähigkeit. Bei fehlender relevanter psychiatrischer Komorbidität handle es sich um ein als überwindbar zu beurteilendes Beschwerdebild (S. 9). 3.10.3

Das arbeitsbezogen relevante Problem seien nicht die körperlichen Probleme, sondern die psychische Situation. Die Beschwerdeführerin limitiere sich in den meisten Tests selbst, ohne dass eine funktionelle Limite habe eruiert werden können. Auffallend seien die häufigen verbalen Schmerzäußerungen. Die Beschwerdeführerin scheine über keine aktive Bewältigungsstrategie zu verfügen. Die Leistungsbereitschaft werde als nicht zuverlässig beurteilt. Die Beobachtungen bei den Tests würden auf eine deutliche Selbstlimitierung hinweisen. Die Konsistenz bei den Tests sei schlecht gewesen. Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei gutem Effort mehr leisten könne, als was sie bei den Leistungstests gezeigt habe (S. 10 Ziff. 4.1.1-4.1.2). Abgeleitet von den Beobachtungen in der EFL sei der Beschwerdeführerin zumindest eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit möglich (S. 10 Ziff. 4.1.3).

Unter Berücksichtigung der effektiven objektiven Fakten sei von einer Belastbarkeit im knapp mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeitsbereich auszugehen. Im Belastungsprofil solle Treppensteigen selten vorkommen, eine rein gehend-stehende Tätigkeit sei auf manchmal zu beschränken. Diesbezüglich sei die angestammte Tätigkeit mit hohen Anteilen an Treppenreinigungen als unangepasst zu beurteilen. Aufgrund der objektivierbaren Funktionseinschränkungen im Bereich des linken Knies bestehe insofern eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei die Beschwerdeführerin in dieser Tätigkeit aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht zu 100 % eingeschränkt gewesen (S. 10 f. Ziff. 5.1). Eine knapp mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit mit einem Wechsel zwischen Gehen-Stehen und Sitzen mit einem etwas höheren sitzenden Anteil sei der Beschwerdeführerin ganztags zumutbar. Aus interdisziplinärer Sicht sei zu jedem Zeitpunkt von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (S. 11 Ziff. 5.2). Zur Anpassung an eine Arbeit sei ein abgestufter Einstieg halbtags in einer adaptierten Tätigkeit während drei Monaten sinnvoll (S. 11 Ziff. 5.3). 3.11

Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdeführerin (RAD), nahm am 6. Juli 2015 dahingehend Stellung (Urk. 7/84 S. 5 f.), nach dem bidisziplinären rheumatologischen-psychiatrischen Gutachten des L.____ vom 4. Juni 2015 sei es erforderlich gewesen, die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch festzulegen. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für körperlich schwere Belastungen sowie für rein stehend-gehende Tätigkeiten, insbesondere mit häufigem Treppensteigen, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Deswegen bestehe in der zuletzt ausgeübten Reinigungstätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Angepasst seien knapp mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ganztags möglich. Interdisziplinär habe in einer solchen Tätigkeit jederzeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden.

Das bidisziplinäre Gutachten beruhe auf eigenen Untersuchungen, erscheine schlüssig, umfassend und berücksichtige die gesamte Aktenlage sowie sämtliche Beschwerden und Symptome der Beschwerdeführerin. Es werde empfohlen, dass auf das Gutachten abgestellt werde. 3.12

Dr. Z.____ nahm in einem Schreiben vom 25. August 2015 (Urk. 3/21) zuhanden des Rechtsvertreters Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. J.____.

Dr. Z.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei 9 Jahre alt gewesen, als ihr Vater einen Verkehrsunfall gehabt habe. Es sei für sie noch frustrierender gewesen, weil sie Anschuldigungen der Umgebung gehört habe, der Vater habe einen Mann getötet. Die Patientin habe sich in dieser Zeit ungeschützt gefühlt, umso mehr, weil die Albaner schweren Repressalien von Seiten der serbischen Polizei und der Soldaten ausgesetzt gewesen seien.

Dr. Z.____ habe die Beschwerdeführerin im Jahr 2002 wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung behandelt. Sie sei damals sehr unsicher gewesen und habe immer das Gefühl gehabt, bedroht zu sein. Sie sei äusserst misstrauisch gewesen, habe sich entfremdet gefühlt und sich stark zurückgezogen. Tagsüber sei sie sehr intensiv von den zwanghaften Erinnerungen an die traumatisierenden Ereignisse im I.____-krieg geplagt und in der Nacht von Alpträumen heim gesucht worden (S. 1 unten).

2012 sei es erneut zum Ausbruch einer Depression gekommen. Diese sei durch eine somatische Erkrankung ausgelöst worden, weil sich die Patientin ganz hilflos und ohnmächtig gefühlt habe und deshalb verzweifelt geworden sei. Es sei anzunehmen, dass die körperliche Krankheit mit ausgelösten Ohnmachtsgefühlen von der Patientin als Retraumatisierung erlebt worden sei. Dabei handle es sich um eine ständige depressive Störung, nicht um eine reaktive Depression, die bei einer Person mit starker Vulnerabilität entstanden sei (S. 2 oben).

Trotz der durchgeführten Therapien habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin nicht verändert. Sie sei weiterhin depressiv, tief niedergeschlagen, sehr ängstlich, lust- und interesselos, zeige psychomotorische Unruhe und sei im Denken sehr eingengt. Sie äussere auch Minderwertigkeits- und Schamgefühle, habe starke Schlafstörungen und andauernde Schmerzen. Der Gutachter habe diese Symptome nur wenig beobachtet. Dieser schildere eine akzentuierte Persönlichkeit mit histrionischen Zügen, was Dr. Z.____ nicht richtig erscheine. Nach Meinung von Dr. Z.____ handle es sich um die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, die sich zum Teil in impulsivem Verhalten, dissoziativen Zuständen, somatischen Beschwerden und Insuffizienzgefühlen manifestiere. Die Patientin

leide an einer mittelgradigen bis schweren Depression, einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung sowie an einem chronifizierten Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen und Kniearthrosen beidseits. Die im Gutachten gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiven und Angstsymptomen sei nicht haltbar, weil nach ICD-10 diese Beurteilung nur für einen Zeitraum von sechs Monaten Dauer gestellt werden könne. Wenn die Störung länger dauere, handle es sich um eine andere Diagnose. Das jetzige psychische Leiden bestehe auf dem Boden einer Person mit starker Vulnerabilität als Folge von traumatisierenden Ereignissen in der Kindheit und im I. Weltkrieg (S. 2). 3.13

Die Beschwerdeführerin war sodann vom 20. Oktober 2015 bis 17. November 2016 (richtig: 2015) im P. in stationärer Behandlung.

Q., Assistenzarzt, P., stellte im vorläufigen Austrittsbericht vom 17. November 2015 (Urk. 3/22) die Hauptdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome. Als Nebendiagnosen nannte er eine posttraumatische Belastungsstörung, eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung und ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannter Wirbelsäulenveränderung und Kniearthrosen beidseits (S. 1). 4. 4.1

Gemäss dem bidisziplinären Gutachten des L. vom 4. Juni 2015 leidet die Beschwerdeführerin an einem chronischen rechtsbetonten lumbovertebralen bis -spondylogenen Syndrom und an Schmerzen in beiden Knien. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter zudem ein leichtes thorakozverikospondylogenes Syndrom rechts, eine Anpassungsstörung, eine Akzentuierung von histrionischen Persönlichkeitszügen, aktenmässig ein Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung und unter Belastung ein ausgeprägtes dysfunktionelles Krankheitsverhalten (vgl. E. 3.10.2). Die Gutachter kamen zum Ergebnis, dass aufgrund der somatischen Diagnosen in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Raumpflegerin mit Beginn der Krankschreibung per 29. Oktober 2012 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestanden hat. Dagegen ist für eine angepasste knapp mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (E. 3.10.3 hiervor).

Gemäss Dr. J. war die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu keiner Zeit in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (E. 3.9.5). Der behandelnde Arzt Dr. Z. attestierte dagegen eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (E. 3.7 hiervor). 4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 4.3

Nach neuer Gerichtspraxis ist bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) die Anerkennung einer rentenbegründenden Invalidität nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und wider spruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_28/2016 vom 25. April 2016 E. 3.2). Medizinisch muss

schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt (BGE 141 V 574 E. 2). Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen (BGE 141 V 574 E. 2; vgl. BGE 141 V 585 E. 5.3, BGE 141 V 281 E. 3.7.2, BGE 139 V 547 E. 8.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichtes 8C_1/2016 vom 22. Februar 2016 E. 2.2 unter Hinweis auf BGE 140 V 290 E. 4.1). 4.4

Die Beschwerdeführerin machte geltend, das psychiatrische Gutachten von Dr. J.____ überzeuge nicht. Das Gutachten basiere auf einer einzigen Besprechung mit ihr (Urk. 1 S. 9 Ziff. 26). Der Umstand, dass der psychiatrische Gutachter die Beschwerdeführerin nur einmal untersucht hat, spricht nicht per se gegen den Beweiswert eines psychiatrischen Gutachtens. Als entscheidend erweist sich vielmehr, ob das Gutachten insgesamt zu überzeugen vermag. Dies trifft vorliegend zu. So begründete Dr. J.____ seine Einschätzung gestützt auf die klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin und die durchgeführten Tests. Der psychiatrische Gutachter legte eingehend dar, weshalb die Voraussetzungen für die von Dr. Z.____ gestellten Diagnosen einer depressiven Störung und einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt sind. Dabei stellte er auch fest, dass die Persönlichkeitsentwicklung der Beschwerdeführerin ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen sei (E. 3.9.4). Soweit die Beschwerdeführerin ausführte, eine histrionische Störung schliesse eine Depression entgegen Dr. J.____ nicht aus (Urk. 1 S. 8 Ziff. 25), erklärte sie nicht, wie sie zu ihrer Einschätzung gelangte.

Im Teilgutachten von Dr. J.____ vom 12. Februar 2015 und im Gutachten des L.____ vom 4. Juni 2015 werden die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin dargelegt. Weiter beruhen sie auf den notwendigen Untersuchungen und berücksichtigen die geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Die Gutachten vermögen sodann in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen. Sie erfüllen daher die Anforderungen an den Beweiswert von medizinischen Gutachten. 4.5

4.5.1

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2014 vom 20. August 2014 E. 3.3, SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), und Konversionsstörungen/dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteile des Bundesgerichts 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit Hinweisen, 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) sowie bei Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile des Bundesgerichts 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_136/2013 vom 16. Februar 2014 E. 4.1-2) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet. 4.5.2

Zwar klagte die Beschwerdeführerin anlässlich der bidisziplinären Begutachtung wiederholt über Schmerzen. Dr. J.____ diagnostizierte jedoch weder eine somatoforme Schmerzstörung noch ein vergleichbares psychosomatisches Leiden im Sinne der zitierten Rechtsprechung.

Der Gutachter diagnostizierte statt dessen eine Anpassungsstörung, welche nicht unter die Rechtsprechung fällt. Folglich schadet es nicht, dass die Beschwerdegegnerin die mit BGE 141 V 281 eingeführten Standardindikatoren nicht gesondert geprüft hat. Der Kritik der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10 ff.), wonach die Beschwerdegegnerin die Indikatoren nach BGE 141 v 281 hätte prüfen müssen, kann daher nicht gefolgt werden.

Die Berichte von Dr. Z.____, der zu einer abweichenden psychiatrischen Beurteilung gelangte, sind gegenüber dem Gutachten von Dr. J.____ mit Vorbehalt zu würdigen. Zu erwähnen ist, dass Dr. Z.____ gemäss Medizinalberuferegister entgegen der Angaben in seinem Briefkopf (vgl. Urk. 7/49 S. 1 oben) nicht über einen Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt. Des Weiteren ist bei der Würdigung der Einschätzung von Dr. Z.____ auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangten. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anders lautenden Einschätzungen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014, E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, E. 2.2.1).

Nach dem Gesagten vermögen die Berichte von Dr. Z.____ die Einschätzung durch Dr. J.____ nicht in Zweifel zu ziehen.

Für die Dauer des stationären Aufenthaltes im P.____, der vom 20. Oktober bis 17. November 2015 dauerte, war die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig. Eine lediglich kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit vermag definitiv onsgemäss (E. 1.1 hiervor) jedoch keinen Rentenanspruch zu begründen. 4.6

Gestützt auf das Teilgutachten von Dr. J.____ und das Gutachten des L.____ ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Raumpflegerin keine Arbeitsfähigkeit mehr, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aber eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. 5. 5.1

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

ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf der Grundlage der LSE kann – ausnahmsweise – der Lohn eines einzelnen Sektors („Produktion“ oder „Dienstleistungen“) oder gar einer bestimmten Branche herangezogen werden, wenn es als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit im betreffenden Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63, 9C_237/2007 E.

5.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_667/2013 vom 29. April 2014 E. 5.3).

Es besteht kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist. So kann es sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalls rechtfertigen, anstatt auf die Tabelle TA1 auf die Tabelle TA7 („Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Tätigkeit, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht - Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen“) abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Invalideneinkommens erlaubt und dem Versicherten der entsprechende Sektor offen steht und zumutbar ist (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63, 9C_237/2007 E. 5.1). Ferner kann bei qualifizierten Berufsleuten mit Fach- und Hochschulabschluss das Heranziehen der Tabelle TA11 („Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert und Quartilbereich] nach Ausbildung, beruflicher Stellung und Geschlecht - Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen“) angezeigt erscheinen (SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163, 8C_671/2010 vom 25. Februar 2011 E. 6.4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_660/2014 vom 5. November 2014 E. 4). 5.3

Nach dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) erzielte die Beschwerdeführerin als Raumpflegerin im Jahr 2011 ein Einkommen von Fr. 58'135.-- (Urk. 7/10 S. 1). Zu dieser Zeit verrichtete sie ein volles Arbeitspensum (Urk. 7/7 S. 1 Ziff. 1). Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin zu 100 % in der Reinigung gearbeitet hätte. Bei einer Nominallohnentwicklung von 0.8 % im Jahr

2012 und 0.7 % im Jahr 2013 (Tabelle T1.10 Nominallohnindex, 2011-2015) resultiert ein Einkommen von rund Fr. 59'010.-- (Fr. 58'135.-- x 1.008 x 1.007). Als Valideneinkommen sind daher Fr. 59'010.-- zu veranschlagen. 5.4

Nach den statistischen Daten der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 könnte die Beschwerdeführerin mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) ein Einkommen von durchschnittlich Fr. 4'112.-- pro Monat erzielen (LSE 2012 Tabelle TA1 S. 35). Nach dem ihr schwerere körperliche Tätigkeiten nicht mehr zugemutet werden können, ist der Tabellenlohn um 10 % zu kürzen. Ausgehend von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2013 und angepasst an die Lohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2013 resultiert ein Einkommen von Fr. 46'621.-- (Fr. 4'112.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.007 x 0.9).

Vergleicht man das Valideneinkommen von Fr. 59'010.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 46'621.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 12'389.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 21 % entspricht. 5.5

Zusammenfassend ergibt sich, dass bei einem Invaliditätsgrad von 21 % kein Rentenanspruch besteht. Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Oktober 2015 erweist sich demzufolge als rechts. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es 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). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenschuldigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs P. Keller - 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, 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Brugger

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 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). 2.

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