

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00975 vom 25. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00975

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00975 du 25 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00975 del 25 agosto 2017

Erwägungen

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. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitwert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichtes 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichtes 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.5

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). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 12. September 2016 Beschwerde (Urk. 1) mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei eine angemessene Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die IV-Stelle anzuweisen, die notwendigen Abklärungen vorzunehmen beziehungsweise zu veranlassen. Ausserdem ersuchte die

Versicherte um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (S. 2), wobei sie in diesem Zusammenhang mit Schreiben vom 20. September 2016 weitere Unterlagen einreichte (Urk. 7 f.). Mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2016 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Verfügung vom 1. November 2016 gewährte das hiesige Gericht der Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und bestellte ihr Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle als unentgeltliche Rechtsvertreterin. Ausserdem wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 11). Mit Replik vom 30. November 2016 hielt die Versicherte an ihren in der Beschwerdeschrift gestellten Anträgen fest (Urk. 12), worauf die IV-Stelle mit Schreiben vom 19. Januar 2017 auf das Einreichen einer Duplik verzichtete (Urk. 15). Hierüber wurde die Versicherte mit Verfügung vom 23. Januar 2017 in Kenntnis gesetzt, wobei sie zudem auf die Möglichkeit zur Einreichung einer Honorarnote hingewiesen wurde (Urk. 16). Eine solche legte Rechtsanwältin Stanek Brändle dem Gericht sodann mit Eingabe vom 30. Januar 2017 vor (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2016 (Urk. 2) fest, dass bis zur Operation im Juni 2012 von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Versicherten auszugehen sei. Ab dem 14. Juni 2012 habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert und es habe bis Ende 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit bestanden. Ab Januar 2013 sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiert worden, wes halb unter Einhaltung von Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) von September 2012 bis März 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe.

Am 14. Juni 2014 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erneut verschlechtert und es habe bis Oktober 2014 wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Ab November 2014 sei sodann wiederum von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Demzu folge werde für die Zeit von September 2014 bis Januar 2015 ebenfalls eine ganze Invalidenrente ausgerichtet. Die darauffolgende vorübergehende Verschlechterung nach der Operation im Juni 2015 werde nicht berücksichtigt, da spätestens nach drei Monaten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestanden habe und auch weiterhin bestehe. Ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 0 % habe die Versicherte daher seit Februar 2015 keinen Anspruch mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung.

Unter Bezugnahme auf die seitens der Beschwerdeführerin im Vorbescheid verfahren erhobenen Einwände führte die IV-Stelle ergänzend an, dass auf das A.____-Gutachten vom 26. Oktober 2015 abgestellt werden könne. Der psychiatrische Gutachter habe sich mit der Expertise des Z.____ vom 13. November 2012 verständlich auseinandergesetzt. Die Versicherte verfüge ferner über eine durchschnittliche praktische Intelligenz und sei demnach ohne weiteres in der Lage, einer einfachen beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

E. 2.2

Hiergegen brachte die Versicherte in ihrer Beschwerdeschrift vom 12. September 2016 (Urk. 1) im Wesentlichen vor, das Z.____ habe ohne Berücksichtigung der somatischen Beschwerden eine 40-50%ige Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Aushilfe respektive Metzgereigehilfin attestiert. Selbiges habe sie in Bezug auf eine Verweistätigkeit mit nur minimen kognitiven Ansprüchen fest gehalten, wobei zudem der reduzierten Belastbarkeit sowie der eingeschränkten Anpassungs- und Teamfähigkeit Rechnung zu

tragen sei (S. 3). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) habe das Z.____-Gutachten in seiner Stellungnahme vom 19. November 2012 überdies als schlüssig nachvollziehbar beurteilt. Das A.____-Gutachten enthalte demgegenüber Widersprüche, beziehe die unterdurchschnittliche Intelligenzleistung der Versicherten nicht mit ein und setze die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung hinsichtlich anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Störungen nicht um (S. 5 f.) .

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2016 (Urk. 9) auf den Standpunkt, seit der Begutachtung durch das Z.____ habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten verändert. Der Expertise der A.____ lasse sich nachvollziehbar entnehmen, wie die Gutachter zu ihrer vom Z.____ abweichenden Einschätzung gelangt seien. Die Ergebnisse des Z.____-Gutachtens seien dabei berücksichtigt worden und es sei in diesem Zusammenhang auch eine Auseinandersetzung mit den gestellten Diagnosen erfolgt. Alles in allem könne auf das A.____-Gutachten abgestellt werden, da dieses vollständig, nachvollziehbar und schlüssig sei (S. 2).

E. 2.4

Die Versicherte führte sodann in ihrer Replik vom 30. November 2016 (Urk. 12) aus, bei Annahme eines veränderten Gesundheitszustandes sei klarerweise von einer Verschlechterung und nicht von einer Verbesserung auszugehen. Im Übrigen wies die Beschwerdeführerin darauf hin, dass das A.____-Gutachten - namentlich die psychiatrische Teilexpertise - nicht objektiv ausgefallen sei und sich teilweise widerspreche (S. 2 f.). 3. 3.1

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin lässt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt darstellen:

Nachdem die Versicherte aufgrund starker Schmerzen an der Wirbelsäule vom 28. Mai bis 29. Juni 2002 in der B.____ hospitalisiert gewesen war (Urk. 10/9/7 ff.), stellte Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, mit Bericht vom 21. November 2002 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/9/5): - Chronifiziertes und zumindest teilweise therapieresistentes cervikales Schmerzsyndrom bei leichtgradiger Fehlstatik mit tiefsitzender Kyphose und Skoliose der Brustwirbelsäule, generelle Gelenkhyperlaxität, Status nach insgesamt 13 Knieoperationen links, 1980 Patellektomie - Verlagerung des linken Nervus ulnaris 1999 und Revision im Jahr 2000 - 30. Juni 1989: Geburt von Drillingen, seither hyperplastische Mammae, Reduktionsplastik im September 2002

Seit dem 16. Mai 2002 sei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Metzgerei-Gehilfin zu 100 % eingeschränkt (Urk. 10/9/6). Ab dem Jahr 2003 sei eventuell halbtags eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar (Urk. 10/9/4). 3.2

Zusätzlich zu den obgenannten somatischen Diagnosen (E. 3.1) lässt sich dem Bericht der D.____ entnehmen, dass bei der Versicherten auch eine gemischte mittelschwere depressive Anpassungsstörung mit vulnerabler Persönlichkeitsdisposition habe festgestellt werden können, welche die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 70 % einschränke (Urk. 10/21/2; Urk. 10/21/6).

Aus rheumatologischer Sicht seien die arbeitsbezogenen relevanten Probleme eine allgemeine Haltunginsuffizienz im Stehen mit Überstreckung beider Kniegelenke, vermehrter Lendenlordose, Brustwirbelsäulenkyphose und Protraktion der Halswirbelsäule.

Entsprechend hätten sich unter Belastung Stabilisationsprobleme der gesamten Wirbelsäule, vor allem im Halswirbelsäulenbereich, gezeigt. Zusätzlich habe eine Reduktion der Kraftausdauer sowie der Ausdauer der Armmuskulatur beobachtet werden können. Die Versicherte vermeide zudem links unter Belastung und Druck direkt auf den ehemaligen Patellabe reich konsequent eine endphasige Kniebeugung (Urk. 10/21/7). Die ange stammte Tätigkeit sei aktuell aus rheumatologischer Sicht zwar nicht zumutbar. Eine sehr leichte, vorwiegend sitzende Arbeit mit Wechselbelastungen und ohne Tätigkeiten, welche eine grosse Kniebeugung oder Arbeiten über Kopf verlangen, sei der Beschwerdeführerin indes ganztags möglich. Sie benötige jedoch zusätzliche Pausen von etwa 2.5 Stunden täglich (Urk. 10/21/8).

Interdisziplinär sei von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Medizinisch-theoretisch sei höchstens eine körperlich sehr leichte bis vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne Kniebeugen oder Überkopfarbeiten und mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung zumutbar (Urk. 10/21/8). 3.3

In ihrem Bericht vom 27. April 2005 attestierte Dr. C.____ bei gleichbleibenden Diagnosen (vgl. E. 3.1) in Bezug auf die angestammte Tätigkeit weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Einer angepassten Tätigkeit könne die Versicherte an acht bis zehn Stunden pro Woche nachgehen. Sie klagte über Schmerzen am ganzen Körper, neuerdings auch an den Fingern und Handgelenken. Psychisch sei sie wenig belastbar, aktuell jedoch nicht depressiv (Urk. 10/31/4 f.). 3.4

Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte am 30. Dezember 2008 ein myofasziales Syndrom am rechten Oberschenkel, am ehesten spondylogener Genese, und äusserte einen Verdacht auf eine leichte subakute Myelopathie bei Vitamin B12-Mangel. Beidem mass er indes keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 10/52/6 f.). 3.5

Dem Y.____-Gutachten vom 19. September 2009 lassen sich einzig Diagnosen entnehmen, welche sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirken würden, so namentlich (Urk. 10/60/27): - Chronifizierte lumbovertebrale Schmerzsymptomatik - Muskuläre Dysbalance paracervical und in der Schultergürtelregion - Belastungsabhängige Kniegelenksbeschwerden links - Akzentuierte unreife Persönlichkeitszüge

Gemäss Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, habe sich die Versicherte in einem unauffälligen und altersentsprechend normalen Allgemeinzustand befunden. Es liege daher aus rein internistischer Sicht für jedwede Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 10/60/14 ff.; Urk. 10/60/30).

Im rheumatologischen Teilgutachten hielt Dr. med. G.____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, fest, dass bei der Explorandin eine bewegungs- und belastungsabhängige lumbovertebrale Schmerzsymptomatik bei mässig ausgeprägten degenerativen Veränderungen in den unteren Segmenten der Lendenwirbelsäule und ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik vorliegen würde. Ungünstig werde diese Problematik durch einen steilen Kreuzbeinbasiswinkel sowie die muskuläre Dekonditionierung und das Übergewicht beeinflusst. Die rheumatologisch-somatisch fassbaren Befunde seien wenig ausgeprägt und es habe sich eine gute lumbale Restbeweglichkeit gezeigt. Ungünstig wirke sich allerdings eine generalisierende Hyperlaxität aus. Bei Einhalten von Wirbelsäulenschonkriterien - Vermeidung von repetitivem Gewichtheben über 15 Kilogramm und repetitiv gebückter Arbeitsstellung,

ideal mit Wechsel zwischen sitzender und stehender Position - sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit in einem Metzgereibetrieb zumutbar. Wegen der Dysbalance und muskulären Insuffizienz seien generell nur leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu empfehlen. Dies gelte ebenso im Hinblick auf die Kniegelenksbeschwerden, wobei die 1980 durchgeführte Patellotomie gut kompensiert sei und überdies eine gute Restbeweglichkeit mit beginnender leichter medialer Gonarthrose bestehe. Zu vermeiden seien kniende Stellungen, das Zurücklegen langer Wegstrecken sowie das wiederholte Benutzen einer Leiter (Urk. 10/60/22 f.).

Anlässlich der Untersuchung durch Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sei die Explorandin bewusstseinswach sowie zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person orientiert gewesen. Im Kontaktverhalten sei sie zu Beginn verärgert über die aus ihrer Sicht unnötige psychiatrische Untersuchung und die lästigen Fragen gewesen. Im weiteren Verlauf sei sie dann aber durchaus freundlich, kooperativ und auskunftsbereit erschienen. Der Rapport sei gut herstellbar gewesen, wobei die Versicherte mit relativ lauter und energischer Stimme gesprochen habe. Sie habe offensichtlich über einen eher kleinen Wortschatz verfügt. Die Grundstimmung sei klagsam und stellenweise vorwurfsvoll gewesen. Eine Einschränkung der Schwingungsfähigkeit habe nicht eruiert werden können. Die Beschwerdeschilderungen auf somatischem Gebiet hätten einen gewissen appellativen Charakter gehabt und seien etwas im Widerspruch zu dem kaum spürbaren Leidensdruck gestanden. Der formale Gedankengang sei geordnet und nachvollziehbar gewesen, wobei die Versicherte im Denken auf die Beschwerdeschilderung und die eigenen Defizite fokussiert gewesen sei. Es hätten sich Anteile eines dysfunktionalen Krankheitsverhaltens mit Tendenzen zur Selbstlimitierung erkennen lassen und es hätten akzentuierte unreife Persönlichkeitszüge imponiert. Das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung liege allerdings nicht vor. Die Gedächtnisfunktionen sowie die Aufmerksamkeit und Konzentration seien klinisch intakt gewesen; die Versicherte habe aber tendenziell minderintelligent gewirkt. Psychomotorisch sei sie etwas unruhig, im Antriebsverhalten aber unauffällig gewesen. Hinweise auf Ich- oder Wahrnehmungsstörungen sowie Halluzinationen hätten sich nicht eruieren lassen. Eine Eigen- oder Fremdgefährdung habe ausgeschlossen werden können (Urk. 10/60/25 f.). Insgesamt habe sich keine eigenständige psychiatrische Erkrankung - insbesondere keine gemischte mittelschwere depressive Anpassungsstörung (vgl. E. 3.2) - feststellen lassen. Für eine Depression typische Symptome hätten sich nicht gezeigt. Allein die akzentuierten unreifen Persönlichkeitszüge würden die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken (Urk. 10/60/26).

Im polydisziplinären Konsens kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig sei. Einzig schwere körperliche Arbeiten seien aus rheumatologischer Sicht nicht mehr zumutbar (Urk. 10/60/32). Auf Nachfrage der IV-Stelle führte Dr. H.____ mit Schreiben vom 16. November 2009 ergänzend an, dass von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes auszugehen sei, da die Diagnose einer gemischten mittelschweren depressiven Anpassungsstörung nicht mehr habe bestätigt werden können (Urk. 10/61/2).

Vom 25. Mai bis 1. Juli 2010 war die Versicherte wiederum in der B.____ hospitalisiert, wobei neu insbesondere ein medikamenteninduzierter Kopfschmerz (ICD-10 G44.4), brennende Fusssohlenschmerzen beidseits (ICD-10 M79.67), eine leichtgradige

DIP-betonte Fingerpolyarthrose (ICD-10 M15.1) sowie eine latente Hypotonie (ICD-10 R03.1) diagnostiziert wurden (Urk. 10/78/153 f.). Gesamthaft habe sich die Beschwerdeführerin im Rehabilitationsverlauf zunehmend psychophysisch rekonditionieren und unter anderem ihren Schlaf subjektiv verbessern können. Sie habe ferner Schmerz copingstrategien erlernt, wobei in diesem Kontext eine weitere ambulante Psychotherapie empfohlen werde (Urk. 10/78/155). Bis zum 14. Juli 2010 wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, welche voraussichtlich noch länger andauern werde (Urk. 10/78/156). 3.7

Das Z. ___ orientierte mit Bericht vom 14. Dezember 2011 über die Ergebnisse einer testpsychologischen Untersuchung der Versicherten. Es habe eine leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörungen im sozialen und emotionalen Bereich (ICD-10 F70.1) festgestellt werden können. Es hätten sich eine unter durchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit und deutliche Auffälligkeiten im Sozial- und Emotionsverhalten, welche mit massgeblichen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen einhergehen, eruieren lassen. Die Persönlichkeit funktioniere auf einem unreifen und wenig differenzierten psychischen Niveau, was sich in einer reduzierten Selbststeuerung sowie in einer rudimentären kognitiven Fähigkeit zur Mentalisierung eigener und fremder Erlebnisse äußere. Die Diagnose einer Intelligenzminderung werde ausserdem durch die mangelnde Adaptionsfähigkeit gestützt. Für eine Persönlichkeitsstörung hätten sich hingegen nur unzureichende Hinweise ergeben (Urk. 10/84/6). 3.8

Infolge einer Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 wurde bei der Versicherten am 14. Juni 2012 in der I. ___ eine Spondylodese durchgeführt (Urk. 10/106/18). Aufgrund eines Wundinfektes musste die Beschwerdeführerin am 4. Juli 2012 erneut operativ behandelt werden (Urk. 10/106/15). Sie habe mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können (Urk. 10/106/14). Der postoperative Verlauf sei regelrecht gewesen und die Versicherte habe berichtet, nicht mehr auf Schmerzmittel angewiesen zu sein (Urk. 10/106/9 f.). 3.9

Dem psychiatrischen Gutachten der Z. ___ vom 13. November 2012 lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen (Urk. 10/102/17): - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, histrionischen sowie narzisstisch-kränkbaren Anteilen (ICD-10 F60.1) seit der Jugend - Leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörungen im sozialen und emotionalen Bereich (ICD-10 F70.1) seit der Kindheit

Die Diagnose der Intelligenzminderung beruht auf dem am 23. Oktober 2012 mittels psychologischer Diagnostik erstellten Fachgutachten (Urk. 10/102/23 ff.). Der Wechsler Intelligenztest für Erwachsene habe einen Intelligenzquotienten (IQ) von 77 ergeben, was im Bereich einer niedrigen Intelligenz einzuordnen sei. Dabei liege die verbale Intelligenz im niedrigen Bereich respektive in demjenigen einer leichten Intelligenzminderung. Der Handlungs-IQ befinde sich demgegenüber im tendenziell unteren Normbereich. Die Schwere der aus der niedrigen verbalen Intelligenz folgenden psychosozialen Schwierigkeiten in der Anamnese der Versicherten rechtfertige bei alltagsrelevanterem sprachlichem IQ, der vorliegend mit einem Wert von 72 nur geringfügig über dem Cut-off Wert von 70 liege, trotz gesamthaftem IQ von 77 aus neuropsychologischer Sicht die Klassifikation einer leichten Intelligenzminderung mit Verhaltensstörungen im sozialen und emotionalen Bereich (ICD-10 F70.1; Urk. 10/102/40).

Bei der Explorandin sei überdies eine unreife Persönlichkeitsstruktur und eine massiv eingeschränkte Selbst- und Fremdwahrnehmung erkennbar. Die Störung würde seit langer Zeit bestehen und die Fähigkeit der Versicherten, ein „nor males Leben“ zu führen, deutlich einschränken. Auffällig seien die ausgeprägte Vagheit sowie der Mangel an Fähigkeiten zur klaren Schilderung der Lebensgeschichte sowie des inneren Erlebens. Deutlich eingeschränkt sei ferner die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung sei wenig ausgeprägt und die Explorandin fühle sich gewissermassen „vom Schicksal bestraft“. Sie sei ferner leicht kränkbar. Deutlich beeinträchtigt sei die Fähigkeit zur Affektsteuerung und -differenzierung. Sowohl die Abstraktions- als auch die Empathiefähigkeit seien reduziert. Am ehesten sei aufgrund dieser Befunde und der Anamnese von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, histrionischen sowie narzisstisch-kränkbaren Anteilen (ICD-10 F61.0) auszugehen. Diese bestehe - wie auch die Intelligenzminderung - seit der Kindheit und sei im Verlauf im Wesentlichen konstant geblieben (Urk. 10/102/15 f.).

Ohne Berücksichtigung der somatischen Beschwerden liege in der angestammten Tätigkeit als Metzgereihilfin wie auch in einer Verweistätigkeit mit minimalen kognitiven Ansprüchen, eher repetitiven Abläufen und mit einem möglichst kleinen Team aus psychiatrischer Sicht eine 40 bis maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 10/102/17; Urk. 10/102/42). 3.10

Aus dem Bericht der B.____ vom 28. Februar 2013 ergibt sich, dass die Versicherte vom 4. November bis 1. Dezember 2012 erneut hospitalisiert war. Während des Aufenthalts habe sie sich psychophysisch rekonvalidieren und hilfreiche Verhaltensweisen erarbeiten können. Die analgetische Therapie habe zu einem gewissen Teil reduziert werden können (Urk. 10/107/1; Urk. 10/107/3). 3.11

Die Versicherte wurde am 18. Dezember 2012 in der I.____ untersucht, nachdem sie bei einer Kollision mit einem Skifahrer auf das Gesäss gestürzt war (vgl. Urk. 10/111/2) und anschliessend über stärkste Rückenschmerzen geklagt hatte. Die zwei Tage nach dem Unfall erfolgte Röntgenuntersuchung habe weder eine Fraktur noch ein Implantatversagen gezeigt (Urk. 10/106/7 f.). Die Ursache für die Schmerzen sei auch nach einer Computertomographie der Lendenwirbelsäule am 11. Januar 2013 unklar geblieben (Urk. 10/106/6). Mit Bericht vom 10. Juni 2013 wurde festgehalten, dass sich die von der Versicherten beschriebenen Schmerzen aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht nicht erklären lassen würden (Urk. 10/112/4). 3.12

Dr. med. J.____, Facharzt für Neurochirurgie, teilte in seinem Bericht vom 23. Oktober 2013 mit, dass der Versicherten aufgrund der trotz durchgeführter Spondylodese (vgl. E. 3.8) anhaltenden lumbospondylogenen Schmerzen ein Neurostimulationssystem implantiert worden sei, was eine 50-60%ige Schmerzreduktion bewirkt habe (Urk. 10/115/5). Zur Festlegung der Arbeitsfähigkeit empfahl er eine arbeitsmedizinische Abklärung (Urk. 10/115/6). 3.13

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, attestierte in seinem am 13. November 2013 bei der IV-Stelle eingegangenen Bericht infolge einer chronifizierten Migräne ohne Aura, eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sowie Polyarthralgien an beiden Knien sowie am rechten Hüftgelenk eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Krankenpflegerin (Urk. 10/116/1 f.). Einer behinderungsangepassten Arbeit könne die Beschwerdeführerin maximal zwei Stunden

täglich nachgehen (Urk. 10/116/3). 3.14

Aufgrund eines Failed back surgery Syndroms musste der Versicherten am 4. März 2014 das Neurostimulationssystem (vgl. E. 3.12) explantiert werden. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nahm Dr. J. ___ in seinem Bericht vom 17. März 2014 nicht vor (Urk. 10/123/6 f.; vgl. zudem Urk. 10/128/5). 3.15

Dem Bericht des Z. ___ vom 20. Mai 2014 lassen sich namentlich die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (Urk. 10/131/1): - Leichte Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung (ICD-10 F70.0) - Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.21) - Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Es lägen nebst einem persistierenden depressiven Syndrom mit Gedächtnisstörungen, Grübeln, depressivem Affekt sowie Insuffizienz- und Schuldgefühlen ein starker Rückzug und Antriebsmangel vor. Die Beschwerdeführerin begeben sich circa alle drei Wochen in ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Service angestellte bestehe seit dem 10. Februar 2014 und bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/131/3). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei der Versicherten für maximal drei Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 10/131/4). 3.16

Infolge eines Sturzes erlitt die Versicherte am 15. Juni 2014 in der Türkei nebst einem Schädelhirntrauma einen Nasenbeinbruch sowie eine Metatarsalköpfchenfraktur 2-4 rechts (Urk. 10/143/2 f.). Eine am 7. August 2014 in der L. ___ durchgeführte Magnetresonanztomographie-Untersuchung des Schädels habe ein links frontales Kavernom in unmittelbarer Nähe einer vorbestehenden venösen Anomalie (DVA) gezeigt. Ein hirneigener Tumor habe demgegenüber nicht nachgewiesen werden können (Urk. 10/139/6 f.). Nach Auftreten weiterer rezidivierender Episoden mit Bewusstseinsverlust, Stürzen und amnestischen Lücken war die Versicherte sodann vom 31. Oktober bis 5. November 2014 in der M. ___ hospitalisiert. Hinweise auf eine epileptische Genese hätten sich nicht finden lassen. Es bestehe jedoch ein Verdacht auf ein posturales Tachykardiesyndrom (POTS; Urk. 10/143/3 ff.). Ergänzend wurde im Bericht vom 26. Januar 2015 ausgeführt, dass die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit aus epileptologischer Sicht nicht eingeschränkt sei (Urk. 10/149/8 f.). 3.17

Mit Bericht vom 24. April 2015 liess sich Dr. J. ___ dahingehend vernehmen, dass der Beschwerdeführerin am 3. Februar 2015 erneut ein Neurostimulationssystem implantiert worden sei, wodurch sich das lumbospondylogene Schmerzsyndrom gebessert habe. Es würden aber noch deutliche Restbeschwerden bestehen (Urk. 10/152/1). 3.18

Aufgrund der ausgeprägten Metatarsalgien am rechten Fuss (vgl. E. 3.16) wurde die Versicherte am 4. Juni 2015 im N. ___ operativ behandelt (Urk. 10/157/12 f.). Vom 4. Juni bis 17. Juli 2015 wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 10/157/11). 3.19

Dem polydisziplinären A. ___-Gutachten vom 26. Oktober 2015 lassen sich insbesondere die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (Urk. 10/163/33 f.): - Chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom ohne ausstrahlende Symptomatik (ICD-10 M54.5) - Chronische belastungsabhängige Knieschmerzen links (ICD-10 M25.56) - Chronische, vorwiegend belastungsabhängige Vorfussschmerzen rechts (ICD-10 M79.67)

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden dagegen im Wesentlichen die folgenden Diagnosen zeitigen (Urk. 10/163/34): - Chronisches Schmerzsyndrom mit

somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 R52.2) - Leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0) - Unreife und emotional instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Dissoziative Krampfanfälle (ICD-10 F44.5)

Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte keine alleinigen internistischen Diagnosen und erachtete die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in dieser Hinsicht als nicht eingeschränkt. Die Explorandin sei mit zwei Amerikanerstöcken zur Untersuchung erschienen, habe sich ansonsten - auch mit Blick auf die Ergebnisse der Blutuntersuchung - jedoch in einem unauffälligen Allgemeinzustand befunden (Urk. 10/163/15).

In psychiatrischer Hinsicht hielt Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass die Versicherte zwar depressive Verstimmungen beklagt habe, indes nicht in der Lage gewesen sei, diesen Zustand zu beschreiben. Auch aus den anamnestischen Angaben würden sich keine Hinweise auf depressive Verstimmungen ergeben. Im Weiteren könne das Ausmass der geklagten somatischen Beschwerden durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, sodass von einer psychischen Überlagerung in Form einer Schmerzverarbeitungsstörung ausgegangen werden müsse. Die Explorandin sei wiederholt am Rücken und an den Füßen operiert worden, womit eindeutige somatische Ursachen der geklagten somatischen Beschwerden vorhanden seien, welche wiederum psychisch überlagert seien. Es würden sich demgegenüber aber keine Anhaltspunkte für schwierige emotionale oder psychosoziale Belastungen im Vorfeld der psychischen Überlagerung der geschilderten Beschwerden finden lassen, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Die Schmerzen seien ferner sehr vage geschildert worden und die demonstrativ vorgetragene Klagen hätten unglaubwürdig gewirkt. Die Beschwerdeführerin sei im Alltag aktiv und unterhalte zahlreiche Sozialkontakte. Sie ziehe aus ihren Beschwerden einen hohen sekundären Krankheitsgewinn. Zusätzlich führte Dr. P.____ aus, die dissoziative Störung - unklare Bewusstseinsverluste mit Stürzen - sei geringgradig ausgeprägt. Es gebe gemäss Angaben der Versicherten Wochen, in denen sie kaum stürze, dann wiederum stürze sie drei Mal pro Woche, wobei auffällig sei, dass sie sich abgesehen vom Sturz in der Türkei keine nennenswerten Verletzungen zugezogen habe. In Bezug auf die Intelligenzminderung sei ferner anzumerken, dass bei der psychiatrischen Exploration eine einfache Ausdrucksweise aufgefallen sei. Die Versicherte sei jedoch im Service und als Krankenpflegerin tätig gewesen und habe beispielsweise während zwei Jahren alleine in der Türkei gelebt. Sie sei also durchaus in der Lage, für sich selbst zu sorgen, Reisen zu unternehmen und es sei ihr ausserdem möglich gewesen, während Jahren zu arbeiten. Obwohl eine leichte Intelligenzminderung festgestellt werden könne, sei diese geringgradig ausgeprägt (IQ 67) und stelle bei einer einfachen beruflichen Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die intellektuellen Fähigkeiten keine Beeinträchtigung dar. Im Übrigen neige die Explorandin zu impulsiven Handlungsweisen, sei auch unreif und nehme wenig Verantwortung auf sich. Sie habe die Tendenz, die Verantwortung an die Umgebung abzuschieben. Alles in allem würden sich die psychiatrischen Diagnosen jedoch allesamt nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Urk. 10/163/19 f.).

Dr. med. Q.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in der orthopädischen Teilexpertise aus, in der expliziten Untersuchungssituation des Rumpfes hätten sich zwar gewisse Einschränkungen gezeigt,

welche sich bei den Spontanbewegungen allerdings vermindert hätten. So sei nicht der Eindruck entstanden, dass wesentliche Beschwerden am Rücken vorlägen. Eine korrekte Schonhaltung sei nie erkennbar gewesen, wobei jedoch eine schwach entwickelte paravertebrale Muskulatur aufgefallen sei. In Bezug auf die Beine erkläre der Status nach Patellektomie links gut die deutlich verminderte Belastbarkeit des linken Knies, namentlich bei höhergradiger Flexion. Unbelastet gelängen indes sämtliche Bewegungen aktiv und passiv gut und es sei auch nicht der Eindruck einer wesentlichen Schmerzprovokation entstanden. Das postoperative Ergebnis am rechten Vorfuss sei als korrekt zu bezeichnen und es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Explorandin diesen nach wie vor nicht belaste. Ferner würden sich beide Hüften, das rechte Knie und der linke Fuss trotz anamnestisch angegebener Beschwerden im Sinne von Polyarthralgien unauffällig darstellen. Auch an den oberen Extremitäten würden sich bei einer freien Beweglichkeit sämtlicher Gelenke keine klinisch auffälligen Verhältnisse zeigen. Insgesamt seien der Versicherten damit körperlich leichte Aktivitäten in wechselnder Position, bei denen eine Hebe- und Traglimite von fünf Kilogramm nur ausnahmsweise und eine solche von zehn Kilogramm nicht überschritten werde sowie ohne Zwangshaltungen des Rumpfes oder der unteren Extremitäten uneingeschränkt möglich (Urk. 10/163/25 ff.).

Aus neurologischer Sicht gelangte Dr. med. R.____, Facharzt für Neurologie, zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten. In Bezug auf die seitens der Versicherten geschilderten chronischen Kopfschmerzen würden gewisse Aspekte an eine Migräne ohne Aura denken lassen. Die Angaben zur Frequenz der Migräneattacken seien jedoch widersprüchlich. Ungewöhnlich sei zudem die angegebene kurze Dauer der Migräneepisoden von meistens lediglich drei Stunden, obwohl die Versicherte während der Migräneattacken keine Reservemedikation benutze. Dr. R.____ führte unter Bezugnahme auf die von der Beschwerdeführerin berichteten Stürze an, dass widersprüchliche Angaben vorliegen würden. Zunächst habe sie mitgeteilt, dass sich der letzte Sturz vor einer Woche ereignet habe. Anschliessend sei angegeben worden, dass die Stürze mindestens drei Mal pro Woche bis zu zwei Mal täglich in Erscheinung treten würden. Auffällig sei dabei, dass sich die Explorandin keine weiteren relevanten Verletzungen zugezogen habe, und dass die Stürze praktisch ausschliesslich in deren Wohnung auftreten würden. Da ausserdem trotz intensiver epileptologischer Abklärungen eine Epilepsie nicht nachgewiesen werden können, müsse davon ausgegangen werden, dass keine neurologische Ursache für die Stürze vorliege und es sich sehr wahrscheinlich um eine funktionelle Störung handle (Urk. 10/163/31 ff.).

Abschliessend stellten die Gutachter im polydisziplinären Konsens eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in sämtlichen körperlich leichten und adaptierten Tätigkeiten fest (Urk. 10/163/35 und 10/163/37). 3.20

Dr. med. S.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Z.____ stellte in ihrem Bericht vom 30. August 2016 folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörungen im sozialen und emotionalen Bereich

Der Krankheitsverlauf zeige eine deutliche Zunahme der depressiven Symptomatik mit aktuell mittelgradiger depressiver Episode. Überdies habe sich der seitens des Z.____ im Jahr 2014 gestellte Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung als begründet erwiesen. Vor diesem Hintergrund sei die Versicherte mindestens seit dem 10. Februar 2014 zu 100 %

arbeitsunfähig. Eine stundenweise Arbeit im geschützten Rahmen könne möglich sein (Urk. 3/6). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob die Beschwerdeführerin auch nach Januar 2015 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat (vgl. E. 2.1 ff.). 4.2

Zunächst ist das A.____-Gutachten vom 26. Oktober 2015 (Urk. 10/163; vgl. E. 3.19) auf dessen Beweiswert zu überprüfen. Es basiert auf umfassenden inter nistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Abklärungen. Ergänzend wurde im Labor eine Blutuntersuchung durchgeführt (Urk. 10/163/16). Die Expertise wurde des Weiteren in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 10/163/4 ff.). Die Beschwerdeführerin konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern ihre aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 10/163/12 f., 10/163/15 ff., 10/163/20 f. und 10/163/27 ff.). Insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Exploration konnte sie sich zu diversen Themenbereichen wie ihrem beruflichen Werdegang, dem gewöhnlichen Tagesablauf und der familiären Situation äussern (Urk. 10/163/16 ff.). Die geklagten Leiden fanden sodann bei der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei diese wie auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dargelegt und erläutert wurden (Urk. 10/163/16, 10/163/19 ff., 10/163/25 ff. und 10/163/32 ff.). Soweit möglich erfolgte im Weiteren eine ausführliche und schlüssige Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 10/163/21, 10/163/27 f. und 10/163/32). Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre A.____-Gutachten somit die pra xisgemässen Kriterien bezüglich den Beweiswert medizinischer Expertisen (vgl. E. 1.5). 4.3

4.3.1

Zu prüfen ist demnach, ob die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen die Beweiskraft des A.____-Gutachtens zu schmälern vermögen. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten durch Dr. P.____.

So macht die Beschwerdeführerin zunächst geltend, im A.____-Gutachten sei ihr allgemein offensichtlich schwieriges Verhalten - unter anderem die Distanz -losigkeit - nicht bewertet respektive einfach ignoriert worden (Urk. 1 S. 5 Ziff. 17 f.). Dieses Vorbringen erweist sich nur schon in Anbetracht der von Dr. P.____ erhobenen Befunde - Unreife, geringes Verantwortungsbewusstsein und impulsive Handlungsweisen - sowie der gestellten Diagnose der unreifen und emotional instabilen Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; vgl. E. 3.19 und auch die Beurteilung durch das Y.____, E. 3.5) als nicht zutreffend. Dr. P.____ mass dieser Diagnose im Übrigen in überzeugender Weise keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu, zumal akzentuierte Persönlichkeitszüge in rechtlicher Hinsicht ohnehin keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen vermögen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Der Vollständigkeit halber bleibt in diesem Kontext anzufügen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch nicht von einer die Arbeitsfähigkeit allenfalls beeinflussenden Persönlichkeitsstörung auszugehen ist. So äusserten die Ärzte des Z.____ in ihrem Gutachten vom 13. November 2012 bloss einen dahin gehenden Verdacht (vgl. E. 3.9 sowie das Urteil des Bundesgerichts 8C_454/2013 vom 24. September 2013 E. 6.3) und führten diese Diagnose in den nachfolgenden

Berichten nicht mehr auf (vgl. E. 3.15 und 3.20). Im dem genannten Gutachten vorangegangenen Bericht vom 14. Dezember 2011 hatte das Z.____ zudem festgehalten, dass nur unzureichende Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung vorliegen würden. Es wurde aber gleichzeitig auf ein unreifes Niveau und eine reduzierte Selbststeuerung der Versicherten hingewiesen (vgl. E. 3.7). Die Feststellungen von Dr. P.____ stehen hierzu nicht im Widerspruch; sie finden darin vielmehr eine weitere Stütze. 4.3.2

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass die A.____-Gutachter zu Unrecht die geänderte Rechtsprechung - gemeint ist wohl BGE 141 V 281 - nicht berücksichtigt hätten (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 18), ist darauf hinzuweisen, dass die Experten keine Diagnose gestellt haben, auf welche die Prüfung der Standardindikatoren Anwendung findet. Insbesondere gilt dies für die von Dr. P.____ diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54; Urk. 10/163/18; Urteil des Bundesgerichts 9C_635/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 3.2.2 und 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.4 mit Hinweisen), welche offensichtlich aus Versehen nicht Eingang in die polydisziplinäre Zusammenfassung der Diagnosen gefunden hat (vgl. Urk. 10/163/34 f.). Eine somatoforme Schmerzstörung hat Dr. P.____ sodann mit einer schlüssigen Argumentation ausgeschlossen (Urk. 10/163/20). 4.3.3

Im Weiteren vermag der Bericht von Dr. S.____ vom 30. August 2016 (vgl. E. 3.20 und Urk. 1 S. 5 Ziff. 20) ebenfalls keine Zweifel an der Beurteilung durch Dr. P.____ zu wecken. Hierzu ist vorab anzumerken, dass das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids nach ständiger Rechtsprechung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war, beurteilt.

Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Hier von abgesehen überzeugen die Ausführungen von Dr. S.____ inhaltlich nicht. Dem Bericht lässt sich keine objektive Befunderhebung entnehmen, wes halb nicht nachvollzogen werden kann, auf welcher Grundlage die Diagnose stellung erfolgte. Hinsichtlich des Themenkomplexes der somato formen Schmerzstörungen sowie der leichten Intelligenzminderung hatte sich Dr. P.____ ausserdem im Rahmen der Begutachtung bereits überzeugend geäussert. Dr. S.____ vermochte in diesem Kontext keine wesentlichen und unbeachtet gebliebenen Punkte darzulegen. In Bezug auf die von ihr diagnosti zierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, bleibt anzufügen, dass keine Hinweise dafür bestehen, dass diese Erkrankung nicht therapeutisch angehbar wäre. Es fehlt ihr damit bereits diagnosebedingt am hinreichenden Schweregrad, um als invalidisierender Gesundheitsschaden gelten zu können (Urteil des Bundesgerichts 8C_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 4.4). Da ausserdem von der Erfahrungstatsache auszugehen ist, dass behan delnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrau ensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), ist zusammenfassend fest zuhalten, dass auf den Bericht von Dr. S.____ nicht abgestellt werden kann und dieser demzufolge die Beweiskraft des A.____-Gutachtens - und damit namentlich der psychiatrischen Teilexpertise - nicht zu erschüttern vermag. 4.3.4

Überdies vertrat die Beschwerdeführerin die Meinung, dass das Z.____ in dessen Gutachten vom 13. November 2012 (vgl. E. 3.9) einlässlich begründet habe, weshalb die verminderte Intelligenz der Versicherten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Hierauf sei abzustellen, da auch der RAD dieser Einschät zung habe folgen können (Urk. 1 S. 5

Ziff. 21).

Eine auf geringe Intelligenz zurückzuführende Erwerbsunfähigkeit gilt in der Regel erst als gesundheitlich verursacht, wenn die Intelligenz im medizinischen Sinne vermindert ist, der IQ mithin weniger als 70 beträgt, wohingegen nicht als gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG eine Intelligenz im unteren Normalbereich, also bei einem IQ zwischen 70 und 84, zu betrachten ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_741/2013 vom 16. März 2015 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Vorliegend hat das Z.____ sowohl im Jahr 2011 als auch im Jahr 2012 mittels Test den IQ der Beschwerdeführerin bestimmt, welcher durchschnittlich bei 67 respektive 77 lag (Urk. 10/84/9; Urk. 10/102/40). In Anbetracht dieser Werte ist es unter Berücksichtigung der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung bereits fraglich, ob überhaupt von einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgegangen werden kann (vgl. auch Urk. 10/102/19). Dr. T.____ legte jedenfalls unter Bezugnahme auf mehrere Begebenheiten überzeugend dar, weshalb es der Versicherten trotz geringer Intelligenz möglich sein sollte, vollzeitlich einer beruflichen Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die intellektuellen Fähigkeiten nachzugehen. So ist sie seit jeher in der Lage gewesen, ihren Alltag selbständig zu meistern, für sich selbst zu sorgen und Reisen zu unternehmen. Während mehrerer Jahre lebte sie zudem alleine in der Türkei und war zuvor auch über längere Zeit in verschiedenen Berufsfeldern erwerbstätig (vgl. E. 3.19 und auch Urk. 10/102/11). Diesen Aspekten trug das Z.____ nur ungenügend Rechnung, obwohl es selbst ausführte, dass neben dem verminderten Intelligenzniveau die erschwerte soziale Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens von Bedeutung sei (Urk. 10/102/40). Im Übrigen liegt die praktische Intelligenz der Beschwerdeführerin mit Werten von 86 respektive 89 im (unteren) Normbereich, was ebenfalls dafür spricht, dass sie einer intellektuell wenig anspruchsvollen Arbeit nachgehen kann. Entgegen der Argumentation der Versicherten ist schliesslich nicht ausschlaggebend, dass der RAD die Meinung vertrat, auf das Gutachten des Z.____ könne abgestellt werden (vgl. Urk. 10/166/3). Zum diesem Schluss gelangte er zum einen auch hinsichtlich des A.____-Gutachtens (vgl. Urk. 10/166/8) und zum anderen ist die Beurteilung des Beweiswerts einer Expertise durch den Rechtsanwender entscheidend. 4.3.5

Schliesslich geht auch die Rüge fehl, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. P.____ Widersprüche enthalte und dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im krassen Gegensatz zur umfangreichen Aktenlage respektive der Krankheitsgeschichte der Versicherten stehe (Urk. 1 S. 4 Ziff. 15 f. und Urk. 12 S. 2 f. Ziff. 7).

Allein der Umstand, dass Dr. P.____ in seiner Expertise zunächst festgehalten hat, dass die Explorandin eher einfach artikuliere und wenige Zeilen danach darauf hinwies, dass sie sich differenziert ausdrücke (Urk. 10/163/18), führt nicht dazu, dass auf seine Ausführungen zur Gänze nicht abgestellt werden kann. Es liegt einerseits nahe, dass es sich hierbei um ein Versehen handelt, da Dr. P.____ wenige Abschnitte später wieder auf die einfache Ausdrucksweise der Versicherten hinwies (Urk. 10/163/20). Andererseits erweist sich seine psychiatrische Beurteilung im Übrigen - und insbesondere hinsichtlich der Intelligenzminderung - als durchgehend stringent und nachvollziehbar. Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht widerspricht denn auch nicht wie behauptet der gesamten Aktenlage. Es wurde zum einen bereits im Detail dargelegt, weshalb nicht auf die diesbezüglichen Beurteilungen des Z.____ und von Dr. S.____ abgestellt werden kann (vgl. E. 4.3.3 f. hiervor). Zum anderen gelangte bereits der Gutachter Dr. H.____ vom Y.____ im September 2009 zum Ergebnis, dass aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit

attestiert werden könne (vgl. E. 3.5). 5.

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die IV-Stelle berechtigterweise auf das A.____-Gutachten abgestellt hat, da jenem volle Beweiskraft zukommt. Dies gilt sowohl für die umstrittene psychiatrische, als auch für die übrigen, die somatischen Leiden betreffenden Teilexpertisen. Unter Berücksichtigung der interdisziplinären Ausführungen hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit der Versicherten (Urk. 10/163/36) hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen - namentlich Art. 88a IVV - in der angefochtenen Verfügung korrekt beurteilt (vgl. Urk. 10/165). Entgegen dem Eventualantrag der Versicherten besteht aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2007 E. 5.2.2 mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich somit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Die Kosten sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge der ihr gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 11) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle machte mit Honorarnote vom 30. Januar 2017 einen Gesamtaufwand von 11.95 Stunden à Fr. 220.-- sowie Barauslagen von Fr. 78.85 (Pauschale von 3 % des Honorars) geltend (Urk. 17). Dies erweist sich in Anbetracht der relativ umfangreichen medizinischen Akten, der siebenseitigen Beschwerdeschrift sowie des seitens des Gerichts angeordneten zweiten Schriftenwechsels grundsätzlich als angemessen. In Abzug zu bringen sind indes die Aufwendungen in Bezug auf den nachgereichten Bericht von Dr. S.____ vom 22., 23. und 30. August 2016, zumal davon auszugehen ist, dass Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle Kenntnis über die bundesgerichtliche Rechtsprechung in Bezug auf den für das hiesige Gericht massgebenden Sachverhalt hatte (vgl. E. 4.3.3).

Insgesamt rechtfertigt sich auch mit Blick auf vergleichbare Fälle somit ein Aufwand von 10 Stunden, was unter Berücksichtigung des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- ein Honorar von Fr. 2'200.-- ergibt. Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle ist zufolge der gewährten unentgeltlichen Rechtsvertretung (vgl. Urk. 11) folglich mit Fr. 2'447.-- (Fr. 2'200.-- plus Barauslagen von Fr. 66.-- [3 % von Fr. 2'200.--], zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % auf Fr. 2'266.-- [Fr. 181.--]) durch die Gerichtskasse zu entschädigen.

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an die unentgeltliche Rechtsvertreterin verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle, Winterthur, wird mit Fr. 2'447.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Würsch

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).

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