

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01248 vom 1. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01248

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01248 du 1 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01248 del 1 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1967 geborene X.____, Mutter einer Tochter (geboren 2000), war zuletzt vom 6. Juni 2001 bis

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts

[ATSG]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur sachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen 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

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 psy chischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelische s Leiden mit Krank heitswert besteht, welche s 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. De zember 2015 E. 5

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

E. 1.2.1

Zur Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens bedarf es nach ständi ger Rechtsprechung des Bundesgerichts in jedem Fall ein es me dizinisches Substrates , das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachge wiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das

Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2 und 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 5.3 mit Hinweisen).

E. 1.2.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck

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

E. 1.2.3

) notwendig. 5.4 5.4.1

Der psychiatrische Gutachter der A.____ legte nachvollziehbar dar, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung (April 2016) unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und unter einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren litt. Zudem wurde von ihm (als weitere Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - erstmals - die Diagnose einer Benzodiazepinabhängigkeit gestellt (Urk. 10/98/49-50).

Diese psychiatrischen Diagnosen wie auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des psychiatrischen Gutachters mit 50 % in bisheriger und angepasster Tätigkeit wurden im Rahmen der polydisziplinären Beurteilung übernommen, wobei die aus psychiatrischer Sicht attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit mit der depressiven Störung begründet wurde (Urk. 10/98/64-66). 5.4.2

Hinsichtlich des – strittigen – Verlaufs der depressiven Symptomatik ist vorab zu bemerken, dass es im psychiatrischen Kontext grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf ankommt, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 6. Januar 2016 E. 6.1).

In den Berichten des behandelnden Psychiaters, Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Mai und 8. Dezember 2012 (Urk. 10/8/1-2 und Urk. 10/15) und der Klinik für Akute Psychische Erkrankungen der I.____ vom 21. März 2014 (Urk. 10/64/10-14) wurde zwar jeweils eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig „schwere“ Episode, diagnostiziert. Wie der psychiatrische Gutachter der A.____ überzeugend darlegte (Urk. 10/98/46-49), erscheint die in diesen Berichten vorgenommene Einstufung der depressiven Symptomatik als schwer aufgrund der darin angeführten objektiven Befunde jedoch nicht nachvollziehbar. Auch die im

von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten - Bericht von Prof. Dr. med. J.____, Chefarzt des K.____, an den Kranken taggeldversicherer vom 25. September 2012 (Urk.

3/3) angeführte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig „schwere“ Episode, wurde nicht – schlüssig - mit objektiven Befunden begründet.

Es ist daher überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin im aktenkundigen Zeitraum zu keiner Zeit eine schwere depressive Symptomatik bestand. Zumindest die anlässlich der ersten psychiatrischen Begutachtung (Mai 2013) erhobenen psychischen Befunde (Urk. 10/20/5-6) weisen sodann für diesen Zeitpunkt nur eine leichte depressive Symptomatik aus (vgl. E. 3.1 und E. 5.1). 5.4.3

Leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, fallen nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut anheubar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Wie eingangs dargelegt, kann ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden sodann nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (vgl. E.

1.2.2) . Auch bei einer diagnostizierten Depression sind daher das Beschwerdebild prägende psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, zu beachten und auszuklammern sind . Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 5.3 mit Hinweisen).

Die Rentenrelevanz der bei der Beschwerdeführerin bestehenden chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) beurteilt sich – wie die myofasziale Schmerzsymptomatik (vgl. E. 5.3.2) - nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281; vgl. E. 1.2.3). Solche Leiden gelten nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). 5.5 5.5.1

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin schon seit über 10 Jahren intermittierend unter Rückenbeschwerden im Lumbalbereich leidet, welche verschiedentlich abgeklärt und behandelt wurden, so namentlich auch anlässlich eines stationären Aufenthaltes vom 16. bis 25. Februar 2012 in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des L.____ (Urk. 10/49; vgl. Urk. 10/86/136-140 und Urk. 10/101-102). Ausserdem stand die Beschwerdeführerin offenbar bereits im Jahr 2004 für kurze Zeit und mit Unterbrüchen ab 2009 wegen Depressionen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. H.____ (Urk. 10/8/1-2 und Urk. 10/15/5-6). Gemäss ihren Angaben anlässlich der ersten psychiatrischen Begutachtung (Mai 2013) hatte die Behandlung bei Dr. H.____ damals wegen Eheproblemen stattgefunden (Urk. 10/98/44).

Gemäss dem Bericht des L.____ an den Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. E.____, FMH Allgemeinmedizin, vom 2.

März 2012 waren anlässlich des dortigen stationären Aufenthaltes (16. bis 25.

Februar 2012) die Rückenbeschwerden unter multimodaler Physio- und Schmerztherapie im Verlauf rückläufig. Bei depressiver Stimmungslage sei auf Wunsch der Beschwerdeführerin eine psychologische Gesprächstherapie eingeleitet worden. Hierbei hätten sich aus Sicht der Psychologin Anhaltspunkte auf eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ergeben. Die Ärzte des L.____ meldeten sie für eine psychosomatische Rehabilitation in der M.____ an, wo sie sich in der Folge vom 4. bis 31. März 2012 stationär aufhielt (Urk. 10/49). Laut den Angaben der behandelnden Ärzte der M.____ im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 23. Januar 2015 ist es anlässlich dieses Aufenthaltes zu einer zufriedenstellenden Teilremission der depressiven Symptomatik bei wenig verbesserter Schmerzsymptomatik gekommen. Die Beschwerdeführerin habe die letzte Sitzung in einem stabilisierten Zustand verlassen, habe sich jedoch sehr bedrückt gezeigt, wieder in den Alltag zurückkehren zu müssen. Zur weiteren Stabilisierung und Rückfallprophylaxe hätten sie die Wiederaufnahme der ambulanten Psychotherapie bei Dr. H.____ empfohlen. Für weitere Hilfestellung und Klärung im Zusammenhang mit der ehelichen Konfliktsituation habe die Beschwerdeführerin mehrere Kontaktadressen für Beratungsstellen erhalten. Für die weitere Besserung und Kräftigung des Rückens werde eine Verordnung für ambulante Physiotherapie ausgestellt (Urk. 10/59). Ab April 2012

stand die Beschwerdeführerin in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. H.____ (im Zeitpunkt des Abklärungsgesprächs bei der Beschwerdegegnerin [7. August 2012] einmal pro Monat [Urk. 10/98/4]; im Zeitpunkt der Untersuchung durch Prof. Dr. J.____ [13. September 2012] wöchentlich bis 14-täglich [Urk. 3/3 S. 6]).

Am 29. Januar 2014 trat die Beschwerdeführerin auf Zuweisung von Dr. H.____ „wegen einer Exazerbation einer chronischen Schmerzstörung sowie einer depressiven Symptomatik vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation (finanzielle Probleme, Scheidung, Arbeitslosigkeit)“ in die I.____ ein (Urk. 10/64/11), wo sie bis 17. März 2014 stationär behandelt wurde (vgl. Austrittsbericht der I.____

vom 21. März 2014, Urk. 10/64/10-14). Anschliessend hielt sie sich vom 17. März bis 27. Mai 2014 stationär in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, N.____ , der I.____ (nachfolgend: N.____) auf. Im Austrittsbericht vom 20. Juni 2014, führten die behandelnden Ärzte der N.____ aus, die Beschwerdeführerin habe die Behandlung in leicht verbessertem Zustand verlassen. Die Stimmung sei deutlich weniger dysthim . Es habe jedoch wenig Verbesserung in Bezug auf die Schmerz- und Schlafproblematik erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin noch stark behandlungsbedürftig. Es werde eine weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung auf ambulanter Basis empfohlen. Es werde auch die Teilnahme an einem Kurs der Rheumaliga empfohlen (Urk. 10/86/42-43). Die Weiterbehandlung erfolge zunächst durch den Hausarzt und den behandelnden Psychiater Dr. H.____ . Es werde eine psychiatrische Spitex verordnet mit voraussichtlich wöchentlichem Besuch (Urk.

10/86/44). In ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin (nicht datiert, Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 29. Januar 2015) führten die Ärzte der N.____ an, da die Beschwerdeführerin im Mai 2014 ausgetreten sei, könnten sie zum jetzigen Zustand keine Aussage machen. Ihres Erachtens sei (damals) eine weiterführende Therapie dringend notwendig (gewesen), um eine geringe Behebung der Probleme zu erreichen. Aufgrund der eher komplexen Problematik und der eher geringen Wirkung im stationären Setting sehe die Prognose etwas schwieriger aus. Theoretisch liessen sich die bei Austritt bestehenden psychischen Einschränkungen durch eine ausführliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung verbessern (Urk. 10/55). 5.5.2

Die Beschwerdeführerin unterzog sich somit zwar im März 2012 einer stationären psychosomatischen Rehabilitation und stand seit April 2012 ununterbrochen in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. H.____ . In eine auf die Therapie von Depressionen spezialisierte Klinik begab sie sich aber erstmals im Januar 2014. Da sich laut den behandelnden Ärzten (vgl. E. 5.5.1) die stationäre Behandlung in der N.____ – wie schon diejenige in der M.____ – günstig auf die depressive Symptomatik auswirkte, (auch) die Ärzte dieser Klinik – weitere Therapieempfehlungen abgaben und das psychische Zustandsbild grundsätzlich als besserungsfähig bezeichneten, erscheint eine Therapieresistenz der rezidivierenden depressiven Störung zumindest bis zum Austritt der Beschwerdeführerin aus der N.____ Ende Mai 2014 nicht nachgewiesen.

Ebenso verhält es sich aufgrund der besagten Angaben der Klinikärzte auch beim Schmerzleiden, zumal den vorliegenden Akten zu entnehmen ist, dass sie nach dem Austritt aus der M.____ aus ärztlicher Sicht als sinnvoll beurteilte Massnahmen abgelehnt hat (Urk. 10/86/25 und Urk. 10/9/5; vgl. auch E. 5.6.4), was im Übrigen nicht auf einen

ausgeprägten Leidensdruck schliessen lässt. 5.5.3

Hinzu kommt, dass – wie der psychiatrische Gutachter der A.____ bemerkte (Urk. 10/98/46-49) – in den genannten Vorberichten der M.____ sowie der I.____ auf das psychische Beschwerdebild erheblich mit bestimmende psychosoziale Belastungsfaktoren hingewiesen worden war (vgl.

E. 5.5.1; vgl. auch Bericht von Prof. Dr. J.____ vom 25. September 2012, Urk. 3/3). Dementsprechend stellte der psychiatrische Gutachter der A.____ – überzeugend – fest, dass die depressive Symptomatik anfänglich reaktiven Charakter gehabt resp. keinen eigenständigen Krankheitswert aufgewiesen habe. Von einer von psychosozialen Belastungsfaktoren zu unterscheidenden und in diesem Sinne verselbständigten depressiven Störung ging er erst ab 2014 aus (Urk. 10/98/49-50 und Urk. 10/98/52-53). 5.5.4

Bis Ende Mai 2014 ist daher das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Leidens ohne weiteres zu verneinen. 5.6 5.6.1 Nach dem Austritt der Beschwerdeführerin aus der N.____ Ende Mai 2014 wurde gemäss Aktenlage zwar die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. H.____ weitergeführt und wurde die Beschwerdeführerin offenbar von einer Psychiatrie-Schwester der Spit ex rechtes Limmattal betreut (Urk. 10/64/16, Urk. 10/64/2, Urk. 10/86/5 und Urk. 10/98/41). Ein Vergleich der aktenkundigen Medikation der Beschwerdeführerin bei Austritt aus der I.____ Ende Mai 2014 (Urk. 10/86/43-44) mit derjenigen im Begutachtungszeitpunkt (Urk. 10/98/41) zeigt indessen , dass die von der N.____ etablierte antidepressive Medikation wieder reduziert wurde (Urk. 10/86/43-44 [Medikation bei Austritt aus der I.____]; vgl. demgegenüber beispielsweise die Medikation im Zeitpunkt der ersten psychiatrischen Begutachtung im Mai 2013, Urk. 10/20/5; Urk. 10/98/41 [Medikation im Zeitpunkt der Begutachtung in der A.____ ; vgl. auch Urk. 10/86/6]). Hingegen scheinen zunehmend - zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen dienende - Benzodiazepine eingesetzt worden zu sein (bei Austritt aus der I.____ : Temesta TAB 1mg als Reservemedikament bis einmal täglich [Urk. 10/55/4]; im Zeitpunkt der Begutachtung Temesta

Expidet 1mg dreimal täglich und Xanax 0,25mg zweimal täglich [Urk. 10/98/41]) . 5.6.2 Der psychiatrische Gutachter der A.____ hielt zwar zur bisherigen Behandlung fest, diese sei, soweit beurteilbar, lege artis gewesen (Urk. 10/98/50) . Indem von ihm die grundsätzliche Eignung der bisher durchgeführten Therapie bejaht wurde, ist jedoch nicht gesagt, eine Intensivierung der Depressionstherapie sei nicht angezeigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_852/2015 vom 22. Januar 2015 E. 2). Dies gilt vorliegend umso mehr, als die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung in der A.____ (Urk. 10/98/46) darauf schliessen lassen, dass die Gespräche, welche sie gemäss ihren Angaben alle ein bis zwei Wochen mit Dr. H.____ führte, eher oberflächlicher Natur waren. Die Ärzte der N.____ waren aber, wie erwähnt, davon ausgegangen, dass sich das psychische Beschwerdebild durch eine „ausführliche“ psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung verbessern liesse (vgl. E. 5.5.1). Der psychiatrische Gutachter der A.____ wies sodann darauf hin, dass die Medikation, insbesondere der Einsatz von Benzodiazepinen, zu überdenken sei, da sich eine Abhängigkeit entwickelt habe resp. da der Benzodiazepinkonsum

- möglicherweise (Urk. 10/98/50) -

iatrogen einen Teil der Symptomatik ausmache, welche die Beschwerdeführerin schildere (Urk. 10/98/50 und Urk. 10/98/52) ; im Rahmen der polydisziplinären Beurteilung wurde

bemerkt, dass - unter anderem - durch ein Überdenken der psychiatrischen medikamentösen Therapie, insbe sondere des Einsatzes von Benzodiazepinen, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielt werden könnte (Urk. 10/98/67; vgl. Urk. 10/98/52). Die Medikation könnte demnach laut den Gutachtern der A. ___ ebenfalls optimiert werden. Zudem erscheint mit Blick auf den anlässlich der Begutachtung in der A. ___ erhobenen Medikamentenspiegel (zu hoher Wert des Citalopram (Antidepressivum Cipralex), zu tiefer Wert des Desmethylcitalopram s [vgl. Urk. 10/98/46, vgl. Urk. 10/97/4]) auch die Compliance der Beschwerdeführerin bezüglich der Einnahme des verordneten Antidepressivums fraglich. Vor diesem Hintergrund bestehen erhebliche Zweifel daran, dass die Beschwerdeführerin seit Juni 2014 die Möglichkeiten zur Behandlung der depressiven Symptomatik in kooperativer Weise optimal und nachhaltig aus geschöpft hat. Unter diesen Umständen kann aber auch im Zeitpunkt der Begutachtung nicht auf eine definitiv gescheiterte Depressionstherapie geschlossen werden. Eine seit Juni 2014 eingetretene Therapieresistenz erscheint auch beim Schmerz leiden nicht nachgewiesen . So lehnte die Beschwerdeführerin seither erneut aus ärztlicher Sicht als sinnvoll beurteilte Massnahmen ab (Urk. 10/64/69). Sodann unterzog sie sich auch im Zeitpunkt der Begutachtung in der A. ___ keiner Physiotherapie (Urk. 10/98/41). Gemäss der Beurteilung der Medas -Gutachter könnte aber – unter anderem – dadurch eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik erreicht werden (Urk. 10/98/67; vgl. Urk. 10/98/58). 5.6.3 Hinzu kommt, dass der psychiatrische Gutachter der A. ___ der depressiven Symptomatik „aktuell“ resp. seit 2004 zwar einen eigenständigen Krankheitswert beimass . Er wies aber ausdrücklich darauf hin, dass ein Teil der Symptome – weiterhin – auch von psychosozialen Belastungen und emotionalen Konflikten sowie – möglicherweise (Urk. 10/98/50) –

vom Benzodiazepinkonsum überlagert sei (Urk. 10/98/53; vgl. auch Urk. 10/98/49). 5.6.4 Schliesslich ist zu beachten, dass die Gutachter der A. ___ bei der Beschwerdeführerin einerseits Inkonsistenzen im beobachteten Verhalten und in den Aussagen (Urk. Urk. 10/98/50-51 und 10/98/58) , eine subjektive Krankheitsüberzeugung resp. ein Verharren in der Krankenrolle sowie eine fehlende Motivation feststellten (Urk. 10/98/50 und Urk. 10/98/65). Andererseits machten sie aber durchaus vorhandene Ressourcen (familiäre Situation mit der Tochter, Kontakt mit Arbeitskolleginnen; seit ca. März 2015 Partnerschaft mit einem neuen Lebenspartner [Urk. 10/98/45, Urk. 10/98/50 und Urk. 10/98/65]) aus. 5.6.5 Zusammenfassend ist angesichts der nach wie vor nicht ausgewiesenen Therapieresistenz, der das Beschwerdebild weiterhin – wenn auch in geringerem Ausmass – beeinflussenden invaliditätsfremden Faktoren sowie ferner auch angesichts der festgestellten Inkonsistenzen und der dargelegten Hinweise auf subjektive Krankheitsüberzeugung und fehlende Motivation zumindest überwiegend wahrscheinlich auch ab dem 1. Juni 2014 nicht von einem invaliden versicherungsrechtlich relevanten psychischen Leiden auszugehen (vgl. auch E.

1.2.4). 6. Die Beschwerdeführerin hat demnach im Ergebnis einen invalidisierenden somatischen und/oder psychischen Gesundheitsschaden zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.7.1

Mit der Beschwerde vom 9. November 2016 ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie um Bestellung von Rechtsanwalt lic . iur . Thomas Wyss zum unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 1 S. 2). Vorliegend sind die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und unentgeltlichen

Rechtsvertretung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt (vgl. Urk. 7), weshalb dem Gesuch stattzugeben ist. 7. 2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr.

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, die aufgrund des Einwandes durchgeführten Abklärungen hätten ergeben, dass die orthopädischen Einschränkungen hauptsächlich auf eine Dysbalance und eine muskuläre Fehlentwicklung und Dekonditionierung

zurückzuführen seien. Eine muskuläre Dysbalance sowie eine Dekonditionierung begründeten keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit. Es bestünden Therapieoptionen.

Aus psychiatrischer Sicht komme den gestellten Diagnosen keine invalidisierende Wirkung zu, da sie einerseits durch psychosoziale Faktoren verursacht und aufrechterhalten würden und andererseits noch nicht ausgeschöpfte Therapieoptionen, wie bspw. eine Abklärung im Schlaflabor, bestünden

(Urk. 2). 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, auf das Gutachten der A.____ dürfe nicht abgestellt werden, da sie seit Jahren an einer depressiven Störung mit teils schweren Episoden leide, was zu Unrecht nicht berücksichtigt werde.

Es handle sich nicht um ein vorübergehendes Leiden. Dem Gutachten seien keine Hinweise auf psychosoziale Belastungsfaktoren zu entnehmen. Solche lägen aktuell keine mehr vor. Deren Wegfall habe denn auch nicht zur Besserung der depressiven Symptomatik geführt.

Eine Abklärung der Schlafstörungen sei bereits erfolgt, wobei diese ergeben habe, dass zuerst die rezidivierende depressive Störung behandelt werden müsse. Offensichtlich sei sie seit ihrem krankheitsbedingtem Austritt aus der Y.____ zu 100 % arbeitsunfähig wegen ihrer teils schweren Depressionen und habe Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1). 3.

E. 3

0. April 2013 als Verkäuferin bei der Y.____ angestellt (Urk. 10/16).

Seit 15. Februar 2012 war sie krankgeschrieben (Urk. 10/16/4 und Urk. 10/64/2). Die Versicherte meldete sich am 13. Juli 2012 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine rezidivierende depressive Störung sowie eine leichte Vitamin-D-Hypovitaminose bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 10/1). Die IV-Stelle

zog einen Auszug aus dem individuellen Konto von X.____ (Urk. 10/10)

und die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 10/8, Urk. 10/11) bei, holte einen Bericht des behandelnden Psychiaters (Urk. 10/15) sowie einen Arbeitgeberbericht (Urk. 10/16) ein und liess die Versicherte bidisziplinär

(rheumatologisch/psychiatrisch) beim Z.____ begutachten (Gutachten vom 2. September 2013 [Urk. 10/25] vgl. Urk. 10/20 [psychiatrisches Gutachten vom 27. Mai 2013]).

Mit Schreiben vom 27. August 2014 auferlegte die IV-Stelle X.____ eine Schadenminderungspflicht zur Abklärung und fachgerechten Behandlung der Schlafstörung (Urk. 10/34). Am gleichen Tag erliess die IV-Stelle einen Vorbescheid, mit welchem sie der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht stellte (Urk. 10/36), wogegen die Versicherte am 20. November 2014 Einwand (Urk. 10/44) erhob. Die IV-Stelle holte in der Folge weitere medizinische Berichte ein (Urk. 10/49-50, Urk. 10/55, Urk. 10/59, Urk.

10/64).

Am 26. Oktober 2015 machte die IV-Stelle die Versicherte darauf aufmerksam, dass sie eine polydisziplinäre Begutachtung für notwendig erachte (Urk. 10/72, unter Beilage der von ihr vorgesehenen Gutachterfragen, Urk. 10/70). Am 20. November 2015 teilte sie ihr die Gutachterstelle (A.____), die Fachgebiete sowie die Namen der Gutachtenspersonen mit (Urk. 10/79). Mit Schreiben vom 5. Januar 2016 (Urk. 10/82) erhob die Versicherte diverse Einwände gegen die Begutachtung bei der A.____ sowie die vorgesehenen Gutachterinnen Dr. med. B.____ (FMH Allgemeine Innere Medizin, Praktische Ärztin), und Dr. med. C.____ (FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates). Die IV-Stelle erliess am 21. Januar 2016 eine Zwischenverfügung, mit welcher sie an der Abklärung durch die A.____

sowie an den Gutachtenspersonen festhielt (Urk. 10/83). Mit Schreiben vom 5. Februar 2016 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass sie von einer Beschwerde gegen die Zwischenverfügung vom 21. Januar 2016 absehe (Urk. 10/84).

Das polydisziplinäre Gutachten der

A.____

Erklärung am 27. Mai 2016 (Urk. 10/98). Mit Schreiben vom 3. Juni 2016 forderte die IV-Stelle die Versicherte dazu auf, zu den Ergebnissen der im Rahmen des Vorbescheidverfahrens getätigten Abklärungen Stellung zu nehmen (Urk. 10/100). Am 17. Juni 2016 erklärte die Versicherte, dass sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf eine Stellungnahme verzichte (Urk. 10/103). Am 7.

Oktober 2016 auferlegte die IV Stelle X.____ erneut eine Schadenminderungspflicht (Urk. 10/109) und verneinte mit Verfügung vom 6.

Oktober 2016 einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 10/110 [= Urk. 2]). 2.

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 9. November 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine ganze Invalidenrente, zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege und Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Januar 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 9. Februar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde. Mit derselben Verfügung wurde die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels abgewiesen (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im Gutachten des Z.____

vom 2. September 2013 (Urk. 10/25) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches unspezifisches Schmerzsyndrom zervikal und lumbal, (2) eine leichte depressive Episode mit vordergründig somatischen Symptomen und (3) eine chronische Hyposomnie angeführt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Verdacht auf Fibromyalgie, aktuell nicht verifizierbar (7/18 Tenderpoints), genannt. Es sei davon auszugehen, dass die aktuelle Gesundheitssituation wesentlich beeinflussbar sei durch eine Abklärung im Schlaflabor mit je nach Resultat daraus folgenden Therapien (Urk. 10/25/7). Rein rheumatologisch bestehe bei vorliegendem unspezifischem Schmerzsyndrom ohne spezifisches Korrelat eine vollständige Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin bzw. als Kassiererin und (andere) angepasste Tätigkeiten. Psychiatrischerseits und im interdisziplinären Konsens werde für die angestammte und eine angepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 15. Februar 2012 bis zum Abschluss der Abklärungen und der Behandlung der chronischen Schlafstörung attestiert. Sollte diese behoben werden können, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/25/8).

E. 3.2

Im Bericht des D.____ an Dr. E.____ vom 20. November 2013 wurde n

als Diagnosen (1) eine rezidivierende depressive Störung, einhergehend mit gestörtem Schlaf, (2) ein lumbospondylogenes Syndrom beidseits, (3) eine therapieresistente Gonarthrose, (4) eine psychosoziale Belastungssituation (Ex-Mann, Sorgerecht, Arbeitslosigkeit), (5) ungünstige Schlafgewohnheiten als Folge der Diagnosen (1) bis (4), (6) Übergewicht und (7) Schnarchen angeführt. Der Verlauf der Schlafstörungen der Beschwerdeführerin zeige eine starke Abhängigkeit von psychosozialen Stressoren und depressiven Verstimmungen. Komorbide Schlafstörungen könnten oft parallel zur psychiatrischen Betreuung behandelt werden und eine Verbesserung der Gesamtsituation herbeiführen. Eine schlafmedizinische Behandlung sollte erst in Betracht gezogen werden, wenn ein stabiler psychischer Zustand vorhanden sei (Urk. 10/64/33-34 = Urk. 10/69).

E. 3.3

Die weiteren bis zur Begutachtung in der A.____ (März/April 2016) auf liegenden Arztberichte wurden – wie im Übrigen auch die vorstehenden Berichte – im betreffenden Gutachten vom 27. Mai 2016 wiedergegeben (Urk. 10/98/5-37). Darauf wird verwiesen.

E. 3.4.1

Dem polydisziplinären Gutachten der A.____ vom 27. Mai 2016 (Urk. 10/98) sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 10/98/61): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.0 [gemeint wohl: F.33.1]) - chronische Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Benzodiazepinabhängigkeit bei ständigem Substanzgebrauch (ICD-10 F13.25) - chronisch rezidivierende zervikospodylogene Schmerzen rechtsbetont - Osteochondrose, ventrale Spondylose C5/6 und C6/7, C7/TH1 - aktuell facettogen und myofascial, ohne Nachweis von Diskushernien - ohne recessale / neuroforaminale Enge im MRI-HWS 18. Februar 2012 - Status nach zervikalen Infiltrationen in der Türkei 2011 - chronisch rezidivierende lumbospondylogene Schmerzen - leichte Spondylarthrose LWK 3-SWK 1 - Diskusprotrusion L5/S1 MRI-LWS 18. Februar 2012 - anamnestisch intermittierende S1 Radikulopathie (31. Oktober 2014) - Dekonditionierung bei chronischen generalisierten myofascialen Schmerzen mit - Ganzkörperschmerz anamnestisch seit 10 Jahren

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt (Urk. 10/98/61-62): persönliches ängstliches Erlebnis in der Kindheit (ICD-10 Z61.7), Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände (ICD-10 Z60.0),

unangebrachter elterlicher Druck und sonstige abnorme Erziehungsmerkmale (ICD-10 Z62.6), Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung (ICD-10 Z63.5), leichtgradige medial betonte Gonarthrose rechts ohne Funktionsdefizit, Polyarthralgien klinisch ohne Hinweis auf

entzündlich rheumatische Erkrankung, Hysterektomie iR.

Endometriose 2007, Reflux Symptomatik,

chronische Hepatitis B,

aktuell: akuter Harnwegsinfekt (AB-Therapie).

E. 3.4.2

Zur polydisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung hielten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin leide an chronifizierten Rücken- und Nackenschmerzen bei nur leichtgradigen degenerativen Veränderungen. Es bestünden keine Nervenkompressionen, jedoch eine ausgeprägte Dekonditionierung bei einem chronisch generalisierten myofaszialen Schmerzsyndrom. Aus orthopädischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit nur leicht eingeschränkt (10-20 %). Dies sowohl in der angestammten als auch in jeder adaptierten Tätigkeit. Des Weiteren leide sie unter einer leichtgradigen Gonarthrose ohne Aktivierungszeichen und ohne Hinweise auf eine Meniskusläsion. Die Schmerzen seien rechtsbetont lokalisiert. Im Gesamtkontext würden sie als allgemeine Dekonditionierung und myofasziale Problematik angesehen. Aus allgemein-internistischer Sicht bestünde eine Adipositas Grad I, eine chronische Hepatitis B,

Erstdiagnose: unbekannt, mit aktuell unauffälligen Leberparametern, sowie eine Refluxsymptomatik mit rezidivierenden Bauchschmerzen. Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei nicht eingeschränkt.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine mittelgradige depressive Störung mit herabgesetzter Grundstimmung, eingeschränkter Schwingungsfähigkeit, verminderter Lebenslust und Freude, leicht verlangsamtem formalem Denken, Schlafstörungen, vermindertem Appetit, diffusen Ängsten, reduziertem Antrieb und insgesamt eingeschränkter Vitalität. Es handle sich um eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger mittelgradiger Episode mit somatischen Symptomen. Es werde von einer Benzodiazepinabhängigkeit ausgegangen. Zudem bestünden Funktionseinschränkungen wie verminderte Belastbarkeit, Verlangsamung und schnelle Erschöpfbarkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 % leistungsfähig. Dies aufgrund ihrer verminderten Belastbarkeit, ihrer schnellen Erschöpfbarkeit sowie der Notwendigkeit vermehrter Pausen. Polydisziplinär sei die psychiatrische Erkrankung führend. Es bestünde eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom, welches die somatischen Erkrankungen der Beschwerdeführerin überlagere (chronisch rezidivierende zervikospondylogene Schmerzen rechtsbetont, chronisch rezidivierende lumbospondylogene Schmerzen, chronische Bauchschmerzen, Differentialdiagnose: Dysphagie, gastroösophagealer Reflux [Urk. 10/98/64]).

Zur Selbsteinschätzung, zu den aktuell erhaltenen Funktionen, zu den Ressourcen sowie zum Eingliederungspotential hielten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sehe sich in erster Linie aus psychischen, aber auch aus körperlichen Gründen für vollkommen arbeitsunfähig an. Die Beschwerdeführerin lege eine deutliche Selbstlimitierung an den Tag und gehe in ihrer Krankheitsrolle auf. In den zu beurteilenden Fähigkeiten des Mini-ICF's

sei sie in der Durchhaltefähigkeit, in Anpassung an Regeln und Routinen, sowie in Flexibilität und Umstellungsfähigkeit

mittelgradig eingeschränkt. Leicht eingeschränkt sei sie in Bezug auf Spontanaktivitäten und nicht eingeschränkt in der Selbstbehauptungsfähigkeit (im Untersuchungsgespräch mit dem psychiatrischen Teilgutachter könne sie sich argumentativ deutlich behaupten und sich zum Teil auch kämpferisch geben). Auch seien die Konversations- und die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit und enge dyadische Beziehungen gegeben, ebenso wie die Selbstpflege und die Selbstversorgung sowie die Planung und

Strukturierung von Aufgaben, die Kompetenz und Wissensanwendung und die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Als Handicap wirke sicher auch die Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin bei chronifizierten

myofaszialen Schmerzen, verstärkten zervikalen lumbalen Wirbelsäulenabschnitten und dem rechten Kniegelenk. Die geschilderte Schmerzsymptomatik sei gemäss orthopädischer Einschätzung pathomorphologisch nur teilweise objektivierbar und die Funktion der

Wirbelsäule und der Gelenke erhalten. Auch hier berichte die orthopädische Teilgutachterin von Inkonsistenzen bei der Beobachtung und Untersuchung der geschilderten Schmerzproblematik. An Ressourcen seien die familiäre Situation mit ihrer Tochter und die Partnerschaft mit ihrem neuen Lebenspartner zu nennen. Eine stufenweise berufliche Wiedereingliederung empfehle sich nach längerer Arbeitssabstanz, wobei sie durch die Motivation und die berufliche Reintegration zum aktuellen Zeitpunkt fraglich erscheinen (Urk. 10/98/65).

In der bisherigen Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht eine 80%ige, aus internistischer Sicht eine 100%ige und aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf Pensum von 100% (Urk. 10/98/65). In einer adaptierten Tätigkeit bestehe aus somatischer Sicht (orthopädisch-allgemein-internistisch) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum unter Berücksichtigung des orthopädischen Leistungsprofils. In psychiatrischer Hinsicht bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum, dies aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, welche zu einer vermindernden Belastbarkeit, zu einem vermehrten Pausenbedarf und der schnellen Erschöpfbarkeit führe. Polydisziplinär bestehe damit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum, welche dem orthopädischen Leistungsprofil entspreche. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte ab 2014. Gemäss psychiatrischem Teilgutachter werde davon ausgegangen, dass sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit circa 2012 entwickelt habe und im heutigen Ausmass seit 2014 bestehe (Urk. 10/98/66). Zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten Physiotherapien zur Behandlung der myofaszialen Problematik, ein regelmässiges Ausdauer- und Krafttraining, eine Reduktion der Schmerzmedikation, Entspannungsübungen zum Stressabbau, eine Gewichtsabnahme durch leichtes Konditionstraining, ein Überdenken der psychiatrischen medikamentösen Therapie, insbesondere des Einsatzes von Benzodiazepinen, die iatrogen einen Teil der Symptomatik ausmachten, welche die Beschwerdeführerin schildere, sowie eine Überwachung der HBV-Infektion vorgeschlagen werden (Urk. 10/98/67).

E. 3.4.3

Der psychiatrische Gutachter der A.____ hatte in seinem psychiatrischen Teilgutachten im Weiteren festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin seit 2012 aktenmässig eine depressive Symptomatik postuliert werde, meistens im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen und schwieriger familiärer Situation. Aktenmässig ziehe sich die depressive Symptomatik bis heute durch, wobei mehrheitlich aufgrund der Psychostaten die Schwere der depressiven Symptomatik nicht nachvollzogen werden könne. Gleichzeitig werde eine Somatisierungsstörung bei einer Schmerzproblematik aufgeführt, die, soweit beurteilbar, nachvollzogen werden könne, wobei es schwierig sei zu beurteilen, inwieweit die

Beschwerdeführerin durch diese Somatisierungsstörung wirklich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Aufgrund des heutigen Explorationsgespräches gehe er davon aus, dass die Beschwerdeführerin unter einer mittelgradigen depressiven Störung leide. Da es sich um eine Symptomatik handle, die schon seit Jahren bestehe, gehe er nicht davon aus, dass sie einzig auf die psychosozialen Belastungen und emotionalen Konflikte zurückzuführen sei, sondern wahrscheinlich in der Zwischenzeit einen eigenständigen Krankheitswert entwickelt habe. Er gehe zurzeit am ehesten von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode aus. Daneben bestehe gemäss interdisziplinärer Besprechung die Erkenntnis, dass die geäusserten Schmerzen weder physiologisch noch körperlich vollständig erklärt werden könnten. Eine körperliche Ursache gebe es zwar, das Ausmass der Schmerzen sei aber nicht nachzuvollziehen. Deshalb gehe er von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus. Daneben bestehe, gemäss Schilderungen der Beschwerdeführerin, eine Benzodiazepinabhängigkeit. Neben Funktionseinschränkungen wie verminderte Belastbarkeit, Verlangsamung und schnelle Erschöpfbarkeit, welche auf die Gesundheitschädigungen zurückzuführen seien, gebe es bei der Beschwerdeführerin invaliditätsfremde Faktoren wie Ehescheidung mit finanziellen Konsequenzen, soziokulturelle Faktoren mit eigenem Verständnis von Krankheit und Krankenrolle und die Sorge um die eigene Tochter (Urk. 10/98/49). Bezüglich der Einnahme der Benzodiazepine müsse berücksichtigt werden, dass möglicherweise ein Teil der erhobenen Symptomatik, wie eingeschränkte Mimik und Gestik und leicht eingeschränkter Antrieb, auf die Einnahme der Benzodiazepine zurückzuführen sei (Urk. 10/98/50). Zum Bericht des D. ___ vom 20. November 2013 (vgl. E. 3.5) hielt der psychiatrische Gutachter der A. ___ fest, dass darin klar keine Schlafapnoe und kein Restless-Legs-Syndrom oder sonstige spezifische Schlafstörungen festgestellt worden seien. Es würden ungünstige Schlafgewohnheiten als Folge der somatischen und psychiatrischen Diagnosen als Ursache aufgeführt. Das heisse, diese seien nach Rückgang der anderen Beeinträchtigungen auch rückläufig einzuschätzen (Urk. 10/98/60) 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin machte zunächst geltend, da das erste Gutachten der Z. ___ noch keine drei Jahre alt gewesen sei, als die Beschwerdegegnerin ein neues Gutachten anordnen wolle, wäre ein Verlaufsgutachten bei den bisherigen Gutachtern einzuholen gewesen; allenfalls hätten auch Ergänzungsfragen an die bisherigen Gutachter genügt. Dass dennoch das vorliegende Gutachten der A. ___ eingeholt worden sei, stelle einen unrechtmässigen Vorgang dar, weshalb auch die gestützt darauf ergangene Verfügung unrechtmässig sei. Ausserdem habe die internistische Gutachterin Dr. B. ___ im Zeitpunkt der Gutachtenanordnung nur eine Berufsausübungsbewilligung an der Adresse der „medas

F. ___ “ besessen, welche die Bewilligung des BSV als Medas-Stelle verloren habe. Dr. B. ___ verfüge sodann nicht über genügend Praxiserfahrung. Des Weiteren besitze sie eine Bewilligung für den Kanton Bern bei der „Bandgenossenschaft“. Diese arbeite unter anderem eng mit der Invalidenversicherung zusammen. Somit sei Dr. B. ___ nicht unabhängig bzw. liege zumindest der Anschein von Befangenheit vor. Dies sei auch bei der orthopädischen Gutachterin Dr. C. ___ der Fall. Da diese für das G. ___ arbeite und da der Präsident des Verwaltungsrates der G. ___ auch bei diversen Gremien von Krankenkassen und Versicherungen zeichnungsberechtigt sei, könne ihre Unabhängigkeit von der Versicherungswirtschaft nicht gewährleistet werden bzw. müsse – auch – sie sich den Anschein der Befangenheit entgegenhalten lassen (Urk. 1 S. 10 und 11; vgl. bereits Urk.

10/82) . Auf diese Rügen ist vorab einzugehen, wobei sie sich aufgrund der nachfolgenden Erwägungen als unbehelflich erweisen. 4.2 4.2.1

Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es im Ermessen des Ver sicher rungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermes sens spielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweck mässigkeit von medi zini schen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sach verhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann .

Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzu führen den notwendigen Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG sein halten indessen rechtsprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträ gers, eine " second

opinion " zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sach verhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2011 vom 5. Juli 2011 E. 3.2 mit Hinweis).

Die Beschwerdegegnerin informierte die Beschwerdeführerin mit Schreiben 26. Oktober und 20. November 2015, dass sie eine polydisziplinäre Begutach tung bei der A.____ beabsichtige (Urk. 10/72 und Urk. 10/79). Obwohl die Beschwerdeführerin dagegen mit Schreiben vom 5. Januar 2016 vorgebracht hatte, dass eine erneute Begutachtung bei der vorgeschlagenen Gutachterstelle A.____ nicht in Frage komme, hat sie sich dieser schliesslich doch unterzo gen. Damit ist nicht mehr darüber zu entscheiden, ob die Begutachtung bei der A.____ zu Recht erfolgte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2011 vom 5. Juli 2011 E. 3.3 mit Hinweis). Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin nicht deshalb eine erneute Begutachtung angeordnet, weil ihr der von den Gutachtern des Z.____ festgestellte medizinische Sachverhalt nicht passte – sie hatte der Beschwerdeführerin, ausgehend von den gutachterlichen Feststellungen, ja mit Vorbescheid vom 27. August 2014 (Urk. 10/36) die Verneinung eines Leistungs anspruchs in Aussicht gestellt – , sondern weil die Beschwerdeführerin im Ein wand vom 20. November 2014 – zu Recht - geltend gemacht hatte, dass die den Z.____ -Gutachtern zur Verfügung gestellten Vorakten lückenhaft seien und des halb die Beweiskraft des Gutachtens in Frage zu stellen sei (Urk. 10/44). Es mag zwar zutreffen, dass sich die Beschwerdeführerin darauf hätte beschränken können, Ergänzungsfragen an die Gutachter des Z.____ zu richten. Von einer unzulässigen Einholung eines Zweitgutachtens kann aber unter den gegebenen Umständen jedenfalls nicht die Rede sein. 4.2.2

Zu r Rüge, wonach die Gutachterinnen Dr. B.____ und Dr. C.____ nicht unabhängig seien resp. den Anschein der Befangenheit erweckten , ist zu bemerken, dass die Tätigkeiten für die Band Genossen schaft/ das G.____ resp. deren enge Verbindungen zur Invalidenversicherung/ Versicherungswirtschaft für sich allein genom men Ausstand begründen (vgl. BGE 138 V 271 E. 2.2.2 und Urteil des Bundes gerichts 8C_725/2015 vom 17. Februar 2016 E. 3.3). Konkrete Hinweise auf eigentliche Ausstandsgründe ergeben sich aus den Akten nicht und werden auch nicht geltend gemacht. Zudem wäre es Pflicht der Beschwerdeführerin gewesen, etwaige Aussta ndsgründe sofort zu rügen (vgl. Urteile des Bundesge richts 8C_725/2015 vom 17. Februar 2016 E. 3.3 und 9C_84/2017 vom 23. Mai 2017 E. 4.2). Die Beschwerdeführerin hat indessen sogar ausdrücklich darauf verzichtet,

sich gegen die Verfügung vom 21. Januar 2016, mit welcher die Beschwerdegegnerin an der Begutachtung durch die A.____ festgehalten hatte (Urk. 10/83), zur Wehr zu setzen (Urk. 10/85) . 4.2.3

Entgegen der von der Beschwerdeführerin offenbar vertretenen Auffassung schreibt sodann das Bundesrecht mit Blick auf die Begutachtung keine kantonale Berufsausübungsbewilligung vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2016 vom 27. April 2016 E. 4.3 mit Hinweis). Die fachliche Qualifikation von Gutachterin Dr. B.____, welche im Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Sozialversicherungen (www.medregom.admin.ch) seit 1999 als Ärztin, seit 2008 mit einem Weiterbildungstitel als praktische Ärztin und seit 2012 mit einem Weiterbildungstitel „ Allgemeine Innere Medizin “ registriert ist, wurde von der Beschwerdeführerin – zu Recht – nicht in Frage gestellt. Da die Erlangung solcher Titel Praxiserfahrung voraussetzt, ist aber nicht ersichtlich, weshalb sie nicht über genügend Praxiserfahrung verfügen sollte. 5. 5.1

Die Beschwerdeführerin wurde im Auftrag der Beschwerdegegnerin zweimal begutachtet: im Mai 2013 bidisziplinär (rheumatologisch [inklusive Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit] und psychiatrisch) durch die Gutachter des Z.____ und im März/April 2016 polydisziplinär (allgemein-medizinisch, orthopädisch und psychiatrisch) durch die Gutachterinnen und Gutachter der A.____. Das Gutachten des Z.____ vom 27. Mai 2013 (Urk. 10/25 und 10/20 [psychiatrisches Teilgutachten vom 27. Mai 2013]) wurde zwar ohne Kenntnis wichtiger Vorakten erstattet. Es besteht jedoch kein Grund, die darin gemachten gutachterlichen Feststellungen zu den (rheumatologischen und psychischen) klinischen Befunden im Zeitpunkt der Begutachtung (Urk. 10/25/4-5 und Urk. 10/20/5-6) in Frage zu stellen.

Das polydisziplinäre Gutachten der A.____ vom 27. Mai 2016 (Urk. 10/98) beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführer in auseinander. Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge grundsätzlich einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen grundsätzlich nachvollziehbar begründet. 5.2 5.2.1

Die Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG). Daher kommt der Arztperson bei der Folgenabschätzung der von ihr erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu, sondern sie nimmt hierzu Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab. Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und E. 3.2). Somit können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass die gesamte gutachterliche Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C_92/2017 vom 20. März 2017 E. 5.1 mit Hinweisen). 5.2.2

Der – bei erstmaliger Rentenprüfung von der versicherten Person zu erbringende (BGE 139 V 547 E. 8.1) –

Nachweis einer Invalidität setzt nach der Rechtsprechung eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte und objektivierbare Beeinträchtigung voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermaßen (BGE 139 V 547 E. 9.4). 5.3 5.3.1

Was den somatischen Gesundheitszustand sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrifft, so bestehen laut der Beurteilung der orthopädischen Gutachterin der A._____

nur leichtgradige degenerative Veränderungen ohne Nervenkompression (Urk. 10/98/59) und ist die Funktion der Wirbelsäule und der Gelenke erhalten (Urk. 10/98/58). Die von ihr attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründete die orthopädische Gutachterin dementsprechend nicht mit funktionellen Defiziten, sondern mit einer Dekonditionierung und mit einer myofaszialen Schmerzproblematik (Urk. 10/98/58 und Urk. 10/98/59). 5.3.2

Wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu Recht bemerkte, stellt eine – einem Training zugängliche (vgl. Urk. 10/98/67) - Dekonditionierung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 4.2 mit Hinweis). Soweit die orthopädische Gutachterin ihre Einschätzung mit der Schmerzproblematik begründete, kann darauf – mangels eines Nachweises organisch bedingter funktioneller Defizite mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - nicht ohne weiteres abgestellt werden. Vielmehr ist insoweit eine rechtliche Überprüfung ihrer Einschätzung anhand der gemäss BGE 141 V 281 beachtlichen Standardindikationen (vgl. E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

00.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Nach § 34 Abs. 3 GSVGer

bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Mit Verfügung vom 9. Februar 2017 wurde Rechtsanwältin iur. Thomas Wyss auf die Möglichkeit der Einreichung einer Honorarnote vor Fällung des Endentscheids sowie darauf hingewiesen, dass im Unterlassungsfall das Gericht die Entschädigung nach Ermessen festsetze (Urk.

E. 11

). Mangels Honorarnote und in Anwendung der genannten Kriterien sowie des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Entschädigung auf Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 7.4

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Entschädigung an Rechtsanwältin iur. Thomas Wyss verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 9. November 2016 wird der Beschwerdeführer in die

unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr in der Person von Rechtsanwalt Thomas Wyss, Zürich, ein unentgeltlicher Rechtsvertreter

bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Thomas Wyss, wird mit Fr. 2'200.-- (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: - Rechtsanwalt Thomas Wyss -
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 Beweismitel 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 Hurst Hausammann

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