

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00135 vom 29. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00135](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00135)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00135 du 29 mars 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00135 del 29 marzo 2018

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1956, verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung (Urk. 9/7/4, 9/9/1). Zuletzt war sie vom 1. August 2007 bis am 26. September 2011 bei der Y.\_\_\_\_ AG, Zürich, als Pflegehelferin auf Abruf tätig (Urk. 9/14/1, 9/17/2). Unter Hinweis auf eine im Dezember 2011 operierte Diskushernie, Rückenschmerzen sowie eine depressive Phase meldete sie sich am 20. März 2012 bei der eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen, Rente) an (Urk. 9/7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog die Akten des Krankentaggeldversicherers (Helsana Versicherungen AG, nachfolgend: Helsana) bei (Urk. 9/9, 9/55), nahm erwerbliche Abklärungen (Urk. 9/15, 9/17, 9/31) vor und holte Berichte bei den behandelnden Arztpersonen. Zudem gab sie ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag, das von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, und von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 10. / 30. April 2015 erstattet wurde (Urk. 9/70, 9/72). Am 15. Mai 2014 (Urk. 9/51) teilte die IV-Stelle der Versicherten den Abschluss der beruflichen Massnahmen mit. Mit Vorbescheid vom 29. Mai 2015 (Urk. 9/75) stellte sie ihr sodann die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte am 2. Juni 2015 (Urk. 9/76), am 24. Juni 2015 (Urk. 9/79), am 14. August 2015 (Urk. 9/83), am 14. September 2015 (Urk. 9/86) sowie am 15. Januar 2016 (Urk. 9/91) Einwände und reichte diverse Arztberichte ein (Urk. 9/85/1, 9/85/2 f., 9/90/1, 9/90/2-6). Mit Schreiben vom 22. Februar 2016 (Urk. 9/93) ersuchte die IV-Stelle die Gutachter um Stellungnahme zu den vorgebrachten Einwänden. Dr. Z.\_\_\_\_ liess sich am 23. Februar 2016 (Urk. 9/94) und Dr. A.\_\_\_\_ am 7. März 2016 (Urk. 9/95) vernehmen. Die Versicherte äusserte sich am 29. Juni 2016 (Urk. 9/101), am 11. Juli 2016 (Urk. 9/102), am 18. Juli 2016 (Urk. 9/105), am 6. Oktober 2016 (Urk. 9/107) sowie am 10. November 2016 (Urk. 9/109) zu den Stellungnahmen der Gutachter und reichte weitere Arztberichte (Urk. 9/100, 9/103, 9/108) ein. Wie angekündigt wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. November 2016 (Urk. 2) das Rentenbegehren ab.

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht

kommen den 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**

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).

### **E. 2**

Mit Beschwerde vom 27. Januar 2017 beantragte die Beschwerdeführerin die Feststellung einer Verletzung des rechtlichen Gehörs, die Aufhebung der angefochtenen Verfügung unter Zusprechung einer Invalidenrente sowie die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zum Ersatz der Kosten von Fr. 750.-- für den Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Juni 2016. Eventualiter beantragte sie die Festlegung des Rentenanspruches nach Durchführung einer erneuten polydisziplinären medizinischen Abklärung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 10. April 2017 (Urk. 8) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 11. April 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung aus, die Abklärungen in den Teilgutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ seien für die relevanten Belange vollständig, weshalb weitere Abklärungen nicht angezeigt seien (Urk. 2 S. 3). Die Beschwerdeführerin sei aufgrund des eingeholten Gutachtens in der angestammten Tätigkeit seit Mai 2011 vollständig arbeitsunfähig. Spätestens seit Mai 2012 bestehe jedoch in einer angepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Durch den Vergleich des auf Fr. 65'788.30 festgelegten Valideneinkommens mit dem angenommenen Invalideneinkommen von Fr. 52'163.80 bestimmte die Beschwerdegegnerin einen nicht rentenbegünstigenden Invaliditätsgrad von 21 %

(Urk. 2 S. 2).

#### **E. 2.2**

Dem hält die Beschwerdeführerin zusammengefasst entgegen, sie leide an rheumatologisch-orthopädischen und psychischen Einschränkungen, an einem Lungenleiden, an Suchtleiden sowie an Hashimoto-Thyreoiditis und der Autoimmunerkrankung Pyoderma gangraenosum. Mit der Begutachtung durch Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ seien nur die Fachbereiche der Rheumatologie und der Psychiatrie berücksichtigt worden. Somit erfülle das Gutachten die an ein beweiskräftiges Gutachten gestellten Voraussetzungen nicht, da die Abklärung des massgebenden medizinischen Sachverhaltes alle geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen umfassen müsse. Unter Ziffer 9 des Gutachtens („Rheu

matologische Diagnosen”) habe sich Dr. Z.\_\_\_\_ angemasst, wesentlichen Diagnosen aus anderen medizinischen Fachbereichen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit abzusprechen, obwohl Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie und für Allgemeine Innere Medizin an der D.\_\_\_\_ Klinik, namentlich in seinem Verlaufsbericht vom 11. Dezember 2014 ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil umschrieben habe, wobei er eine rein sitzende Tätigkeit nur während höchstens vier Stunden und körperlich anstrengende Tätigkeiten als nicht zumutbar beurteilt habe (Urk. 1 S. 12). In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten machte sie geltend, es sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. A.\_\_\_\_ von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei, obwohl aus einem durchgeführten Test eine erhebliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit resultiert habe. Der Gutachter habe ihr Grundleiden in seiner Bedeutung und Schwere nicht erfasst. Er habe sich überhaupt nicht mit der Tatsache auseinandergesetzt, dass das „Abgleiten“ in die Prostitution nach der Geburt des zweiten Kindes zwecks Ermöglichung einer sehr behaglichen Lebenshaltung und unter Duldung des damaligen Ehemannes nicht als üblich oder normal zu bezeichnen sei. Er habe nicht diskutiert, ob und inwiefern dies aufgrund der angeborenen und/oder durch die Entbehren in Kindheit und Jugend erworbenen Persönlichkeitsstörung erfolgt sei (Urk. 1 S. 17). Die vom behandelnden Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, emotional instabilen Anteilen und entsprechender F-Diagnose gemäss ICD-10 sei beim psychiatrischen Gutachter zu akzentuierten Persönlichkeitszügen vom emotional instabilen Typ, einer Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mutiert (Urk. 1 S. 18). Dr. B.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 14. Juni 2016 eine mittelschwere bis schwere, teilweise agitierte depressive Episode (ICD-10: F32.2), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, abhängigen, aggressionsgehemmten sowie einzelnen histrionischen und borderlineartigen Zügen (ICD-10: F61.0) sowie einen Zustand nach dysfunktionalem Alkoholkonsum diagnostiziert. Dem von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ verfassten Gutachten fehle es an Beweiskraft, weil es die seit dem 1. Juni 2012 zu beachtenden Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie missachte und andere wesentliche Fachbereiche (Pneumologie und Neuropsychologie) nicht durch entsprechende Fachärzte abgeklärt worden seien (Urk. 1 S. 22).

### **E. 3.1**

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin lässt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt darstellen: Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete der IV-Stelle am 10. April 2012 über die Behandlung der Beschwerdeführerin. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine sensomotorische S1-Radikulopathie rechts mit einer Diskushernie L5/S1 und einem Status nach einer endoskopischen Dekompression L5/S1 rechts im Dezember 2011 sowie eine Depression, die seit Februar 2012 im Vordergrund stehe. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mass sie einer substituierten Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) sowie einem COPD bei Nikotinabusus bei (Urk. 9/16/5). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Haushalthilfe und Pflegehelferin attestierte sie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 21. Oktober 2011. Nachdem ab dem 1. Februar 2012 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit versucht worden sei, bestehe aktuell und voraussichtlich für längere Zeit wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/16/6).

### **E. 3.2**

In seinem am 6. Juni 2012 bei der IV-Stelle eingegangenen Bericht diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_, der die Ver sicherte ab April 2012 psychotherapeutisch betreute, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10: F32.11) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-abhängigen Anteilen (ICD-10: Z73.0) (Differentialdiagnose: Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer schweren frühkindlichen und kindlichen Deprivation Urk. 9/18/1). Gestützt darauf attestierte er eine fortbestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfspflegerin seit dem 1. Mai 2012 (Urk. 9/18/4).

In seinem Verlaufsbericht vom 29. November 2012 (Urk. 9/21) ging Dr. E.\_\_\_\_ weiterhin von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit aus. Hingegen führte er anstelle der bisherigen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neu die folgenden auf: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig in Remission (ICD-10: F33.4) - Dysthymia (ICD-10: F34.1) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, histrionischen und ängstlich-abhängigen Anteilen (ICD-10: F61.0) Dr. E.\_\_\_\_ setzte die IV-Stelle am 21. März 2013 telefonisch darüber in Kenntnis, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht wieder zu 50 % arbeitsfähig sei und beruflichen Massnahmen nichts mehr im Wege stehe (Urk. 9/22). Am 4. Oktober 2013 (Urk. 9/25) berichtete Dr. E.\_\_\_\_ der IV-Stelle von einem verschlechterten Gesundheitszustand. Als Diagnosen nannte er neu: - Anpassungsstörung mit Angst und depressivem Erleben (ICD-10: F43.23) - Hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2) - Schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) Als relevant für die Arbeitsfähigkeit beurteilte er einzig die unverändert diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (Urk. 9/25/1). Aufgrund der Persönlichkeitssymptomatik mit Tendenz zu Verstrickungen und Unabgegrenztheit sowie Aktivierung körperlicher Dysensationen und Ängsten, sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Pflegehelferin auszugehen. Für andere Hilfsarbeiten ohne intensiven zwischenmenschlichen Kontakt sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wobei die Patientin auf Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung angewiesen sei (Urk. 9/25/2).

### **E. 3.3**

Am 27. Oktober 2013 suchte die Beschwerdeführerin die Notfallstation der Klinik D.\_\_\_\_ auf, wobei eine

starke Dyspnoe und ein giemendes Atemgeräusch über beiden Lungen festgestellt wurde. Diagnostiziert wurden eine infektiöse COPD, ein C2-Abusus, ein Nikotinabusus sowie eine Hashimoto Thyreoiditis (Urk. 9/29/1).

### **E. 3.4**

Am 18. März 2014 beurteilte Dr. E.\_\_\_\_ gegenüber der IV-Stelle den Gesundheitszustand als unverändert und bestätigte sowohl die gestellten Diagnosen als auch die attestierte Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/43/1).

### **E. 3.5**

Dr. C.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 27. März 2014 über die Behandlung der Beschwerdeführerin (Urk. 9/45). Auf seinem Fachgebiet stellte er die Diagnose einer seit 2002 bekannten - COPD GOLD II-III, Risikogruppe B mit - rezidivierenden Exazerbationen, und - bullösem oberlappenbetontem Lungenemphysem (Urk. 9/45/1) Gestützt darauf attestierte er in der angestammten Tätigkeit in der Privatpflege eine

andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit April 2012. Er hielt Einschränkungen durch eine rasche Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen fest und ging von einer aus pneumologischer Sicht um mindestens 50 % verminderten Leistungsfähigkeit aus (Urk. 9/45/2). Eine körperlich leichte, rein sitzende Tätigkeit beurteilte er während vier Stunden pro Tag als zumutbar (Urk. 9/45/4).

### **E. 3.6.1**

Am 16. Februar 2015 gab die Beschwerdeführerin eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung in Auftrag (Urk. 9/67). Gestützt auf die am 30. März und 13. April 2015 durchgeführten persönlichen Untersuchungen sowie die von der Beschwerdeführerin zur Verfügung gestellten medizinischen Vorakten erstatteten die Rheumatologin Dr. Z.\_\_\_\_ und der Psychiater Dr. A.\_\_\_\_ am 10./30. April 2016 (Urk. 9/70, 9/72) ihr Gutachten.

### **E. 3.6.2**

Gegenüber Dr. Z.\_\_\_\_ klagte die Beschwerdeführerin über Schmerzen am ganzen Körper. Diese seien abends schlimmer als morgens und mittags, wobei sie durch Belastung zunähmen. Dass sie nicht mehr arbeite, sei einzig durch die psychischen Beschwerden begründet. Die letzte vor mehr als einem halben Jahr erfolgte physiotherapeutische Behandlung habe nur kurz geholfen (Urk. 9/70/40). Dr. Z.\_\_\_\_ stellte bei der klinischen Untersuchung Diskrepanzen fest. Der inter mittierend hinkende Gang habe sich bei Ablenkung normalisiert. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (nachfolgend: LWS) sei in allen Richtungen leicht eingeschränkt. Die Brustwirbelsäule sei normal beweglich. Bei der direkten Untersuchung der Halswirbelsäule (nachfolgend: HWS) habe die Beschwerdeführerin deutliche Einschränkungen gezeigt. Unter Ablenkung habe sich eine normale Beweglichkeit der HWS gezeigt. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden und das Lasègue-Zeichen beidseits normal gewesen. Sie habe keine Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke festgestellt. Im Sinne einer Schmerzausweitung seien sowohl alle 18 Tender Points als auch die acht Kontrollpunkte pathologisch gewesen. Die ausgedehnte Blutuntersuchung habe keinen wesentlichen Befund gezeigt. Der Rheumafaktor und die Anti-Citrullin-Antikörper seien normal und die Hypothyreose adäquat substituiert gewesen. Entgegen der Angaben der Beschwerdeführerin seien die geprüften Antidepressiva Trittico retard und Venlafaxin ER im Blut nicht nachweisbar gewesen. Auf Grund des normalen CDT-Wertes im Blut und den Befunden der Haaranalyse gebe es keinen Hinweis für einen übermässigen Alkoholkonsum im Zeitraum von Mitte Oktober 2014 bis zum Untersuchungstag (30. März 2015) (Urk. 9/70/49). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. Z.\_\_\_\_ eine - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS - bei Status nach LWS-Operation am 14. Dezember 2011 mit Dekompression L5/S1 rechts wegen einer mittelgrossen medialen bis medio lateralen Diskushernie L5/S1 rechts mit leichter Recessus behinderung beidseits und leichter Kompression der Nervenwurzel S1 rechts im Recessus (MRI Mai 2011 und November 2011) - ohne radikuläre Zeichen Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mass sie folgenden Diagnosen bei (Urk. 9/70/48): - Ausgedehnte chronische Schmerzen - Hypothyreose (Erstdiagnose 2012) bei - Status nach Hashimoto-Thyreoiditis mit adäquater Substitution (TSH-Wert normal) - COPD GOLD Stadium II bis IIIB mit rezidivierenden Infekten bei bullösem Lungenemphysem und - Status nach Nikotinabusus bis Oktober 2013 - Kein Hinweis auf einen aktuellen übermässigen Alkoholkonsum bei - normalem CDT-Wert und - fehlendem Nachweis eines übermässigen Alkoholkonsums in

der Periode von Mitte Oktober 2014 bis Mitte März 2015 in der Haar - analyse bei - Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol (Oktober 2013) Dr. Z.\_\_\_\_ beurteilte aufgrund der eingeschränkten Funktion der LWS nur noch leichte Tätigkeiten mit Lasten bis zehn Kilogramm als zumutbar. Ein län ge res Verharren in vornüber geneigter Haltung sei ebenso zu vermeiden wie un er wartete, asymmetrische Lasteinwirkungen. Als günstig erachtete sie wechsel belastende Tätigkeiten (Urk. 9/70/51). Für Tätigkeiten, welche diesem Belas tungs profil entsprächen, habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Dies gelte auch für die Tätigkeit als Arztsekretärin in der Radiologie der Klinik D.\_\_\_\_. Es sei wahrscheinlich, dass bei der Tätigkeit als Privat pflegerin in Haushalten ein Teilbereich nicht angepasst sei, weshalb sie diesen nicht mehr ausüben könne (Urk. 9/70/52).

### **E. 3.6.3**

Anlässlich des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs mit Dr. A.\_\_\_\_ klagte die Versicherte darüber, sie begeben sich nur wegen des von der Tochter ge schenkten Hundes nach draussen, sonst würde sie die Wohnung nicht mehr ver lassen. Sie wolle nicht mehr, das Leben sei gelaufen, sie mache sich nur noch Vor würfe. Ihr Leben werde nicht besser werden, sie könne nicht mehr kämpfen. Jegliche Tätigkeit bedeute für sie eine Anstrengung. Sie schlafe schlecht und sei am liebsten alleine. Jede Woche gehe sie zu ihrem Psychiater, von dem sie sich verstanden fühle und mit dem sie vertraut sei. Ihr Zustand verbessere sich ein wenig, wenn sie mit ihm gesprochen habe. Sie nehme auch Medikamente ein; diese würden jedoch nicht helfen. Sie könne nicht viele Arbeiten im Haushalt auf einmal erledigen, da sie sich schnell überfordert fühle. Sie fühle sich nicht mehr arbeitsfähig, sei müde und verspüre am ganzen Körper Schmerzen (Urk. 9/72/8). Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin habe ordentlich gepflegt gewirkt und sei bewusstseinsklar sowie allseits orientiert gewesen. Während des Ge sprächs habe sie auf die gestellten Fragen ohne Verzögerung klare und präzise Antworten gegeben und ihre Lebensgeschichte sowie die Krankheitsentwicklung fliessend und ganz genau geschildert. Dies deute auf unauffällige mnestische Funktionen hin. Im formalen Denken habe sie sich eingengt auf die negative Zukunftsperspektive gezeigt. Inhaltlich hätten sich keine Hinweise auf Wahn ideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen ergeben. Im Affekt habe die Explo randin bedrückt gewirkt, die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert ge wesen. Antrieb und Motorik seien unauffällig gewesen und es hätten sich keine Hinweise auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung ergeben (Urk. 9/72/9). Der psychiatrische Gutachter stellte einzig die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/72/10): - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, gegenwärtig weit gehend remittiert (ICD-10: F43.21) - Akzentuierte emotional instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) - Schädlicher Alkoholgebrauch (ICD-10: F10.1) - Zustand nach schädlichem Nikotingebrauch (ICD-10: F17.1), abstinent seit Oktober 2013

In der interdisziplinären Zusammenfassung hielten die Gutachter dafür, dass die Versicherte einzig eine Einschränkung aufgrund der LWS-Problematik erleide. Ansonsten habe eine Anpassungsstörung bestanden, die nicht nachhaltig gewese n sei, es habe nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus rheu matologischer Sicht bestehe eine Belastbarkeitsgrenze bis 10 kg, ansonsten bestehe kein Bedarf nach angepasster Tätigkeit (Urk. 9/72/13).

### **E. 3.7**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und für Infektiologie, äusserte sich am 19. August 2015 zum Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_. Er führte insbesondere aus, das Laborblatt enthalte für eine Abklärung von Gelenkschmerzen zu wenig spezifische rheumatologische Resultate. Einzig die Blutsenkungsreaktion sei mit einem Wert von 30 deutlich erhöht und würde eine weiterführende Laboruntersuchung rechtfertigen (Urk. 9/85).

### **E. 3.8**

Am 24. August 2015 (Urk. 9/85/2 f.) nahm Dr. E.\_\_\_\_ Stellung zur Begutachtung der Beschwerdeführerin. Er kritisierte, die COPD als einwandfrei nachweisbare, die Arbeitsfähigkeit deutlich beeinträchtigende Erkrankung sei von einer Rheumatologin als irrelevant beurteilt worden. Zum psychiatrischen Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ führte er aus, die Testuntersuchung zur Abklärung der Leistungsfähigkeit habe stark unterdurchschnittliche Werte ergeben und Konzentrationschwierigkeiten gezeigt. Dies stehe im Widerspruch zum klinischen Eindruck und zur Schlussbeurteilung, wonach die Beschwerdeführerin keine derartigen Defizite aufweise. Möglich sei auch eine Diskussion dieses auffälligen Befundes im Rahmen eines auffälligen Kognitionsmodus bei entsprechend vorliegender Persönlichkeitsstörung (ängstlich-abhängig). Die zur Diskussion stehende Persönlichkeitsstörung hätte eine SKID II-Testung dringend indiziert. Entsprechende Befunde müssten, wenn im Sinne von akzentuierten Persönlichkeitszügen beurteilt, einwandfrei von einer Persönlichkeitsstörung abgegrenzt werden. Dies habe der Gutachter nicht gemacht, respektive die erhobenen Befunde als Normvariante im Sinne akzentuierter Persönlichkeitszüge abgetan. Es sei willkürlich und falsch, als Beweis für intakte Ich-Funktionen einseitig auf eine angeblich intakte Arbeitsfähigkeit zu fokussieren (Urk. 9/85/3).

### **E. 3.9**

Mit Schreiben vom 22. Februar 2016 (Urk. 9/92 f.) forderte die IV-Stelle die Gutachter auf, zur Kritik an ihren Gutachten Stellung zu nehmen. Dr. Z.\_\_\_\_ hielt mit Schreiben vom 23. Februar 2016 (Urk. 9/94) an ihren Einschätzungen fest und Dr. A.\_\_\_\_ teilte am 7. März 2016 (Urk. 9/95) mit, die erhobenen Einwände würden nichts an seiner Beurteilung ändern.

### **E. 3.10**

Auf Zuweisung ihres Hausarztes hin befindet sich die Beschwerdeführerin seit dem 21. April 2016 bei Dr. B.\_\_\_\_ in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Am 14. Juni 2016 erstellte dieser einen ärztlichen Bericht zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, in welchem er folgende Diagnosen stellte (Urk. 9/100/8): - Mittelschwere bis schwere, teilweise agitierte depressive Episode (ICD-10: F32.2) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung (vor allem ängstlich-vermeidende, abhängige, aggressionsgehemmte, aber auch einzelne histrionische und borderlineartige Züge) (ICD-10: F61.0) - Zustand nach dysfunktionalem Alkoholkonsum Dr. B.\_\_\_\_ verneinte eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, da die Beschwerdeführerin mit den Anforderungen auf dem ersten Arbeitsmarkt, insbesondere bezüglich Planung und Kommunikation überfordert sei. Dies sei unter anderem durch innere Ablenkung, die Schwierigkeit zu normaler Grenzziehung zu einem Arbeitsumfeld sowie Reizbarkeit und Impulsivität begründet, welche Beziehungen gefährdeten. Zudem sei sie wegen der unverarbeiteten Biografie und den nicht modifizierten Selbstentmutigungsmustern nicht imstande, die nötige psychische Energie für eine Selbstüberwindung aufzubringen, wie sie auf dem ersten Arbeitsmarkt deutlich stärker notwendig sei, als an einem geschützten

Arbeitsplatz. Die Beschwerdeführerin benötige neben der bestehenden integrierten psychiatrischen Behandlung eine ausserhäusliche Teilzeittätigkeit an einem geschützten Arbeitsplatz (Urk. 9/100/9).

#### **E. 4.1**

Die Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ führten in ihren jeweiligen Fach disziplinen persönliche Untersuchungen durch, welche sie durch eine Labor untersuchung des Blutes und des Urins sowie eine Haaranalyse zur Beurteilung des Alkoholkonsums (vgl. Urk. 9/70/47, 9/70/49, 9/70/56 f., 9/70/58 f., 9/72/11) ergänzten. Unter Erörterung der erhobenen Befunde gelangten sie zum Ergebnis, dass sich einzig die von der rheumatologischen Gutachterin festgestellte verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS in qualitativer Hinsicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, weshalb nur noch körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar seien (Urk. 9/72/13). Mit der Attestierung einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten weichen die Gutachter in relevantem Ausmass vom behandelnden Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ ab, welcher von einer psychiatrisch begründeten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausging (vgl. Urk. 9/18/4, 9/21/7, 9/22, 9/25/1 f. und 9/43/1) und die Diagnosestellung durch Dr. A.\_\_\_\_ kritisierte (Urk. 9/85/3). Zunächst ist auf die von Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte und von Dr. A.\_\_\_\_ verneinte Persönlichkeitsstörung einzu gehen.

#### **E. 4.2.1**

Nach der Definition im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichen Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 201

#### **E. 4.2.2**

Der Abgrenzung zwischen einer Persönlichkeitsstörung und akzentuierten Persönlichkeitszügen kommt entscheidende Bedeutung zu: Bei den letzteren handelt es sich um eine sogenannte Z-Kodierung, welche nicht unter den Begriff des invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens fällt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_848/2016 vom 12. Mai 2017 E. 4.1 mit Hinweisen).

#### **E. 4.3.1**

Dr. A.\_\_\_\_ stellte akzentuierte Persönlichkeitszüge vom emotional instabilen Typ (ICD-10: Z73.1) fest. Eine krankheitswertige Persönlichkeitsstörung verneinte er mit der Begründung, trotz belastender Kindheit gebe es aufgrund der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin keine Hinweise auf Verhaltensstörungen oder sonstige psychische Probleme mit Krankheitswert in der Kindheit, Pubertät und im frühen Erwachsenenalter. Im Erwachsenenalter sei sie jahrelang den sozialen Anforderungen gewachsen gewesen. Bei fehlenden Hinweisen auf ein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster bezüglich Kognitionen, Wahrnehmungen sozialen Interaktionen sowie fehlenden Hinweisen auf anhaltende Störungen der Impuls- und Affektkontrolle könnten bei der Explorandin prämorbid psychische Probleme mit Krankheitswert einschliesslich einer Persönlichkeitsstörung auch im Erwachsenenalter ausgeschlossen werden (Urk. 9/72/10 f.)

#### **E. 4.3.2**

Unter Hinweis auf Ziffer 5 der diagnostischen Leitlinien ist festzuhalten, dass eine Persönlichkeitsstörung nicht deshalb ausgeschlossen werden kann, weil sich diese nicht bereits in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter ausgearbeitet hat (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_307/2017 vom 11. Januar 2018 E. 5.3.1). Dr. E.\_\_\_\_ wies zudem zu Recht darauf hin, dass das Arbeitsleben der Beschwerdeführerin nicht als „weitgehend normal“ bezeichnet werden kann (Urk. 9/85/3): Nach einer nicht abgeschlossenen Anlehre zur Postcheckbeamtin prostituierte sich die Beschwerdeführerin zur Bestreitung des Lebensunterhaltes während vielen Jahren, übte nach der Scheidung Hilfstätigkeiten aus und ver suchte Erlebnisse am Arbeitsplatz mit dem Konsum von Alkohol zu verarbeiten (vgl. Urk. 9/72/7 f.). Auch die von Dr. E.\_\_\_\_ genannten sozialen Auffälligkeiten (Eingehen höriger Beziehungen, Ausbeutung zur Rettung der Familie, vgl. Urk. 9/85/3 ) fanden im Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ zu wenig Berücksichtigung. Unter diesen Umständen kann der gutachterlichen Annahme, die Beschwerde füh rerin sei jahrelang den sozialen Anforderungen gewachsen gewesen und hätte kein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster bezüglich sozialer Interaktio nen gezeigt (Urk. 9/72/11) , nicht gefolgt werden. Der psychiatrische Gutachter hielt weiter fest, auch der von der Beschwer deführerin geschilderte Tagesablauf spreche gegen die Annahme gravierender Persönlichkeitsdefizite (Urk. 9/72/11). Auch dies ist wenig überzeugend, weist der Tagesablauf doch kaum soziale Interaktionen auf: Die Beschwerdeführerin führte aus, nach dem Aufstehen gehe sie einige Minuten mit dem Hund nach draussen und erledige in langsamem Tempo Arbeiten im Haushalt. Nachmittags gehe sie ungefähr eine Stunde spazieren. Zudem turne sie oder gehe einkaufen oder zur Post. Sie bereite das Abendessen zu und schaue fern, meistens Komödien oder Dramen. Auch recherchiere sie oft im Internet und lese Bücher; andere Hobbies übe sie nicht aus. Weiter nannte sie wöchentliche Sprech stunden bei ihrem Psychiater und wies darauf hin, Besuche ihres Sohnes mit seinen Freunden überforderten sie (Urk. 9/72/8). Die gutachterliche Abgrenzung der diagnostizierten invaliden versicherungs recht lich nicht relevanten Akzentuierung von Persönlichkeits zügen von einer durch die Behandler diagnostizierten Persönlichkeitsstörung (vgl. Urk. 9/21/6, 9/25/1, 9/43/1, 9/100/8) überzeugt nach dem Gesagten nicht. Dr. A.\_\_\_\_ stellte mithilfe eines testpsychologischen Verfahrens Einschränk ungen bezüglich Konzentration und Aufmerksamkeit fest. In seiner Stellung nahme vom 7. März 2016 sprach er diesen aufgrund einer deutlichen Diskre panz zu den erhobenen Befunden die Aussagekraft ab und wies auf die Beson derheit der Gutachtenssituation hin (Urk. 9/95/1 f.). Soweit er die Angaben der Beschwerdeführerin in Bezug auf ihre Lebensgeschichte und Krankheitsent wicklung als klar und präzise bezeichnete, steht dies im Kontrast zur zum Teil feh lenden Chronologie ihrer Schilderungen und den darin enthaltenen Wider-sprü chen, welche namentlich den Beginn der psychiatrischen Behandlung und den Grund für das Scheitern der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit nach der Rückenoperation betreffen (vgl. Urk. 9/72/7 f.). Zudem setzte sich Dr. A.\_\_\_\_ nicht mit dem Umstand auseinander, dass auch in den Berichten der behan deln den Ärzte - zu verschiedenen Zeitpunkten - über eine eingeschränkte Konzen tration berichtet worden war: Der behandelnde Psychiater hatte eine solche im Juni 2012 (Urk. 9/18/3), der behandelnde Pneumologe im März 2014 (Urk . 9/46/2) festgehalten. Nach dem Gesagten vermag die im Vordergrund stehende psychiatrische Begut achtung nicht zu überzeugen.

#### **E. 4.4**

Dr. Z.\_\_\_\_ nannte im rheumatologischen Gutachten die Diagnose einer COPD GOLD Stadium II bis IIIB mit - rezidivierenden Infekten bei bullösem Lungenemphysem und - Status nach Nikotinabusus bis Oktober 2013

und verneinte deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/70/48). Zu den Berichten des pneumologischen Facharztes Dr. C.\_\_\_\_ führte sie aus, dieser habe in seinem Bericht vom 27. März 2014 keine Angabe dazu gemacht, für welche Tätigkeit und welche Periode er die Beschwerdeführerin als mindestens zu 50 % arbeitsunfähig eingeschätzt habe. Es sei wahrscheinlich, dass er damit die erwähnte ambulante Lungenrehabilitation mit Beginn am 14. Mai 2015 (richtig: 2014, vgl. Urk. 9/70/101) gemeint habe, deren Wirksamkeit er noch nicht habe kennen können (Urk. 9/70/53, 9/94/2). In seinen Berichten an die IV-Stelle vom 11. Dezember 2014 und an die Helsana vom 12. Dezember 2014 habe er keine klinischen Befunde genannt und die Auswirkungen der somatischen und psychiatrischen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit nicht voneinander abgegrenzt, weshalb sie dazu nicht Stellung nehmen könne (Urk. 9/70/53). Dr. C.\_\_\_\_ hielt in den Berichten zuhanden der IV-Stelle vom 27. März 2014 (Urk. 9/46/2) und 12. Dezember 2014 (Urk. 9/60/2) explizit fest, die Leistungsfähigkeit sei aus pneumologischer Sicht um mindestens 50 % eingeschränkt (Urk. 9/46/2). Im Bericht vom 27. März 2014 führte er zudem unter „Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“ einzig die COPD (Urk. 9/46/1, Ziff. 1.1) auf. Die Ausführungen betreffend Arbeitsfähigkeit stimmen in diesen beiden Berichten überein. Dr. Z.\_\_\_\_

erwähnte zudem nicht, dass die ambulante Rehabilitationsbehandlung aufgrund rezidivierender Infekte der unteren Atemwege nicht wie geplant durchgeführt werden können (vgl. Urk. 9/54,

9/70/71, 9/70/100). Den Akten sind keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass in der Zwischenzeit eine weitere Rehabilitationsbehandlung durchgeführt worden wäre. Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, die attestierte Arbeitsfähigkeit gelte bis auf Weiteres (Urk. 9/45/2, 9/60/2). Unter diesen Umständen ist die gutachterliche Annahme, die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit hätten nur Gültigkeit für die Dauer der Lungenrehabilitationsbehandlung, wenig plausibel. Weiter fällt auf, dass sich Dr. Z.\_\_\_\_

weder mit den Ergebnissen der von Dr. C.\_\_\_\_ durchgeführten Lungenfunktionsmessungen auseinandersetzte (vgl. Urk. 9/45/6, 9/90/3, 9/103/1) noch selbst - mit Ausnahme einer Auskultation (vgl. Urk. 9/70/42) - lungenspezifische Untersuchungen vornahm. Damit ist festzuhalten, dass die von der fachärztlichen Beurteilung abweichende Einschätzung einer aus pneumologischer Sicht uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit durch Dr. Z.\_\_\_\_ nicht überzeugt, weshalb ihr kein Beweiswert zukommt.

#### **E. 4.5**

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ weder für die streitigen Belange umfassend ist, noch darin abweichende Beurteilungen ausreichend diskutiert werden. Auch leuchtet die Beurteilung der medizinischen Situation nicht ein und die Schlussfolgerungen sind nicht nachvollziehbar. Es erfüllt damit die Anforderungen der Rechtsprechung nicht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a), weshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

Es stellt sich die Frage, ob der Gesundheitszustand gestützt auf die weiteren im Recht liegenden medizinischen Akten beurteilt werden kann. Es stehen ein rheumatologisches, ein psychiatrisches sowie ein pneumologisches Leiden zur Diskussion. Die Kombination

mehrerer Funktionsstörungen führt jedoch nicht notwendigerweise zu einer Addition der in verschiedenen Fachdisziplinen attestierten Arbeitsunfähigkeiten. Bei ihrem Zusammentreffen überschneiden sich die erwerblichen Auswirkungen in der Regel. Deshalb ist der Grad der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich in einer Gesamtbeurteilung zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_204/2015 vom 29. April 2015 E. 6 mit Hinweis auf das Urteil 9C\_948/2012 vom 22. Juli 2013 E. 4.3). Neben dem Gutachten liegen Berichten behandelnder Ärzte vor, denen es jedoch an der erforderlichen Grundlage dieser psychiatrisch-somatischen Zusammenarbeit fehlt.

#### **E. 4.6**

Die Beschwerdeführerin beantragte, allenfalls erforderliche weitere medizinische Abklärungen seien in Form eines Gerichtsgutachtens vorzunehmen, damit die Unabhängigkeit der Gutachter von der Beschwerdegegnerin gewährt sei (Urk. 1 S. 24).

Neben den bereits untersuchten medizinischen Fachrichtungen der Rheumatologie und der Psychiatrie leidet die Beschwerdeführerin auch an gesundheitlichen Einschränkungen auf pneumologischem Gebiet. Damit weist sie gesundheitliche Befunde auf, deren gesamthafte Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit ungeklärt ist. Ergänzende Abklärungen sind daher notwendig. Nach höchst richterlicher Rechtsprechung ist Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens zu führen und nicht im gerichtlichen Prozess (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Eine Rückweisung an die Verwaltung ist dann vorzunehmen, wenn sie in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 139 V 99 E. 1.1 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Dies ist hier der Fall, zumal den Bedenken der Beschwerdeführerin bezüglich fehlender Unabhängigkeit durch die Zufallsvergabe des Auftrages für die polydisziplinäre Begutachtung über die SUISSE MED@P-Plattform Rechnung getragen wird (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3).

Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die fehlenden medizinischen Abklärungen im Rahmen einer mehrdisziplinären Begutachtung mit Gesamtbeurteilung vorzunehmen, um die Wechselwirkungen zwischen allfälligen zusätzlich zu berücksichtigenden und den bereits in die Beurteilung einbezogenen rheumatologischen Einschränkungen zu berücksichtigen.

#### **E. 4.7**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Interesse an einer separaten Feststellung einer Gehörsverletzung durch die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 1 S. 9) und es kann offen gelassen werden, ob eine solche durch sie im Zusammenhang mit der Begutachtung der Versicherten begangen wurde. Die Beschwerde ist damit insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur neuen Begutachtung und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

#### **E. 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, zuzu-stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis-mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal-ten; 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigPfefferli

### **E. 5.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenver siche rung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrens aufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festge setzt. Vorliegend erweisen sich Fr. 700.-- als angemessen. Nach ständiger Recht sprechung gilt die Rückwei sung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklä rung und neuen Verfü gung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

### **E. 5.2**

Zudem hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Partei kos ten ( § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) . Nachdem Rechtsanwältin Bugada Aebli keine Zusammen stellung über ihre Be mühungen ein reichte, erfolgt die Festsetzung ihrer Entschädigung nach Ermesse n. Unter der Berücksichtigung der Tatsache, dass sie die Beschwerdeführerin bereits im Einwandverfahren vertreten hat und seither nur in sehr beschränktem Mass Aktenstudium erforderlich war, ist die Pro zessentschädigung ermessens weise auf Fr. 2'0 00 .-- (inklusive Barauslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) festzu setzen.

### **E. 5.3**

Weiter beantragte die Beschwerdeführerin, die Kosten in Höhe von Fr. 750.-- für den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2016 (Urk. 9/100) seien der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Kosten von Privatgutachten können allenfalls als notwendige Auslagen im Rahmen der Parteientschädigung geltend gemacht werden, soweit das Privat gut achten unmittelbar im Zusammenhang mit dem Prozess erstellt wurde und zur gehörigen Substantiierung erforderlich ist (Suter/von Holzern in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, Hrsg. Kommentar zur ZPO, 2. Auflage, Zürich 2013, Art. 95 ZPO N 33). Der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ wurde zwar im Zusammenhang mit der Begut achtung durch Dr. A.\_\_\_\_ erstellt, vorliegend hat er jedoch nicht wesentlich zum Entscheid beigetragen. Bereits aufgrund der vorbestehenden medizinischen Akten, insbesondere der Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 24. August 2015 (Urk. 9/85/2 f.), war von einer fehlenden Beweiskraft des psychiatrischen Gut achtens auszugehen. Damit sind die geltend gemachten Kosten für diesen Bericht nicht der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vo m 30. Nov ember 2016 aufgehoben und die S ache an die Sozialversicherungs anstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklä rung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch de r Beschwerdeführe r in neu ver füge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Elda Bugada Aebli - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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