

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00680 vom 27. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00680

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00680 du 27 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00680 del 27 novembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweis). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend (« allseitig ») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

Die Versicherte erhob am 13. Juni 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 11. Mai 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. August 2017 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 18. Oktober 2017 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin führte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, das Belastbarkeitstraining habe vorzeitig abgebrochen werden müssen, da die Ziele nicht erreicht worden seien. Die durchgeführte medizinische Begutachtung habe ergeben, dass aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 1). Aus psychiatrischer Sicht liege lediglich eine geringe Einschränkung vor, welche jedoch durch die schwierige private Situation als allein erziehende Mutter sowie die finanziellen Sorgen begründet sei (S. 2 oben). Die psychiatrische Behandlung sei ausreichend, es gebe keine weiteren therapeutischen Optionen. Der gescheiterte Eingliederungsversuch sei vom Gutachter gewürdigt worden. Die geringe Belastbarkeit sei eine subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin, aus medizinisch-theoretischer Sicht wäre eine höhere Einsatzfähigkeit möglich gewesen. Es sei möglich, dass sich die schwierigen familiären Verhältnisse beruhigt hätten, es bestünden jedoch weiterhin psychosoziale Belastungen. Der psychiatrische Gutachter Dr. A.____ begründe ausreichend, dass das Vollbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht vorhanden sei. Auch die rheumatologische Einschätzung sei ausreichend. Der rheumatologische Gutachter Dr. B.____ habe belegt, dass die durchgeführte rheumatologische Untersuchung keine ursächliche Pathologie oder Hinweise auf ein entzündlich-rheumatologisches oder systemisches Leiden ergeben habe. Selbst wenn die gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode, ausgewiesen sei, seien die Einschränkungen nicht erheblich. Die gestellten Befunde im psychiatrischen Teilgutachten seien unauffällig, aus somatischer Sicht würden keine objektivierbaren Befunde vorliegen. Auch der neu eingereichte Arztbericht der C.____ zeige keine neuen, relevanten Tatsachen, welche eine andere Beurteilung zur Folge habe. Es liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor (S. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein (Urk. 1), das Gutachten von Dr. A.____ und Dr. B.____ sei äusserst mangelhaft. Formell zu kritisieren sei, dass Dr. B.____ bereits seit dem Jahre 2009 über keine Berufsausübungsbewilligung mehr verfüge, was zeige, dass er seine Berufstätigkeit schon lange aufgegeben habe. Ärzte, die weit über das Pensionsalter hinaus noch als Gutachter tätig seien, aber keine eigene Praxistätigkeit mehr ausübten, seien als Gutachter nicht geeignet (S. 5 Ziff. III.1). Auch inhaltlich sei das Gutachten von Dr. B.____ nicht nachvollziehbar (S. 6 Ziff. 2). Grundsätzlich wäre die Beurteilung das Kernstück eines Gutachtens, diese finde im Gutachten von Dr. B.____ jedoch kaum statt, sondern bestehe hauptsächlich in einer Zusammenfassung der alten Akten (S. 6 Ziff. 3). Auch auf das Gutachten von Dr. A.____ dürfe nicht abgestellt werden. Dieser stelle einerseits fest, dass die Behandlung lege artis sei und seit zirka zehn Jahren objektive Befunde vorlägen, trotzdem sei er der Meinung, dass die Eingliederung nur wegen krankheitsfremder Faktoren habe abgebrochen werden müssen. Dies sei nicht nachvollziehbar, insbesondere, weil sich Dr. A.____ nicht weiter darüber auslasse, welche krankheitsfremden Gründe er konkret meine (S. 6 f. Ziff. 4). Die Arbeitsunfähigkeit dürfe nicht einfach mit schwierigen finanziellen Verhältnissen und langen Phasen von Arbeitsuntätigkeit begründet werden. Sie habe sich wirklich bemüht, bei der Potenzialabklärung und dem Belastungstraining mitzumachen, um wieder ins Erwerbsleben einzusteigen. Dr. A.____ stelle zudem die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, gehe jedoch auf die entsprechenden Kriterien nur am Rande ein und stelle dann fest, dass diese mässig ausgeprägt seien und sich nicht auf die Arbeitstätigkeit auswirkten. Er stelle die Diagnose weder genügend sorgfältig, noch schliesse er sie

genügend sorgfältig aus. Das Gutachten sei unzutreffend und bagatellisierend (S. 7 Ziff. 5).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Anspruchsprüfung im Februar 2007 (Urk. 10/40) verschlechtert hat (vgl. vorstehend E. 1.2) und nun ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht.

E. 3

Am 10. sowie 12. Juli 2006 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdeführerin durch Ärzte des Y. ___ internistisch, psychiatrisch sowie rheumatologisch begutachtet. In ihrem Gutachten vom 17. Oktober 2006, für welches sie sich auf die vorhandenen Akten, eigene Untersuchungen und die Schlussfolgerungen des multidisziplinären Konsensus stützten (Urk. 10/34 S. 1), nannten die Ärzte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15 Ziff. 5.1): - Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen und Zwangsgedanken (ICD-10 F42.1/2); DD: anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte sodann ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 M72.9) sowie ein chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8; S. 15 Ziff. 5.2). Die von der Beschwerdeführerin geklagten depressiven Symptome wie beispielsweise die häufige Traurigkeit, die Schwierigkeit, fröhlich zu sein, die Durchschlafstörung sowie die Gefühle allgemeiner Sinnlosigkeit und der früher erlebten Suizidgedanken seien unter der Zwangsstörung zu subsumieren (S. 13 Ziff. 4.2.4). Aus psychiatrischer Sicht sei bei der Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aufgrund der Kombination der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit der Zwangserkrankung um 30 % eingeschränkt. Eine Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe dabei nicht. Wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt seien, bestehe aus rheumatologischer Sicht für die angestammte Tätigkeit als Pharmaassistentin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt könne im Rahmen des polydisziplinären Konsensus und insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin seit der Krankenschreibung zu 100 % als Hausfrau für den Haushalt mit drei Kindern tätig sei, festgestellt werden, dass ihr in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Pharmaassistentin ein Pensum von 70 % zugemutet werden könne (S. 15 Ziff. 6.2). Es sei davon auszugehen, dass nach der Krankenschreibung am 1. Juni 2005 für einige Zeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit habe sich durch die danach folgenden Behandlungsmassnahmen allmählich ergeben, wobei gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin die AISP-Behandlung vom 6. Dezember 2005 bis 23. Februar 2006 wesentlich dazu beigetragen habe. Spätestens ab März 2006 bestehe demnach die beschriebene Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 15 f. Ziff. 6.3). Die Verminderung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe für jegliche andere Tätigkeit. Eine körperlich schwere Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aus rheumatologischen Gründen nicht zumutbar. Für jede andere leichte Tätigkeit bestehe wie für die bisherige Tätigkeit als Pharmaassistentin eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 16 Ziff. 6.4). Aus somatischen Gründen würden keine Einschränkungen für die Tätigkeit im Haushalt bestehen, da der Beschwerdeführerin nur körperlich schwere Tätigkeiten nicht zumutbar seien. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % für eine Erwerbstätigkeit könne auch aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit im Haushalt festgestellt werden. Die Beschwerdeführerin selbst habe bei der Frage nach dem Tagesablauf angegeben, zu 100 % als Hausfrau tätig zu sein (S. 16 Ziff. 6.5). Die bisher durchgeführte medizinische Behandlung solle weitergeführt werden. Allenfalls sei eine Intensivierung der Psychopharmakotherapie notwendig. Berufliche Massnahmen könnten höchstens für eine Stellenvermittlung vorgeschlagen werden (S. 16 f. Ziff. 6.10).

E. 4.1

Die Hausärztin med. pract. D.____, Praktische Ärztin, nannte in ihrem Bericht vom 11. Dezember 2015 (Urk. 10/64/1-4) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - Fibromyalgiesyndrom - Reizdarm - Depression

Die Beschwerdeführerin leide wiederholt an Polyarthralgien und stehe in physiotherapeutischer und chiropraktischer Behandlung. Zudem würden Infiltrationen durchgeführt (Ziff. 1.4). Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte med. pract. D.____ keine.

In ihrem Bericht 17. Mai 2016 (Urk. 10/90/1-4) diagnostizierte med. pract. D.____ zusätzlich eine Polyarthralgie, eine chronische rezidivierende Lumboischialgie sowie Arthrose am Fuss (Ziff. 1.1), ohne sich jedoch weiter zur Arbeits- oder Leistungsfähigkeit zu äussern.

E. 4.2

Die Ärzte der E.____ nannten in ihrem Bericht vom 30. Mai 2016 (Urk. 10/93) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - somatoforme Schmerzstörung

Seit April 2015 bestehe vor dem Hintergrund einer chronischen Schmerzstörung eine depressive Entwicklung. Unter Behandlung sei es zu einem Rückgang der depressiven Symptomatik gekommen. Aufgrund des langjährigen Verlaufs der Schmerzsymptomatik sei von einer Persistenz dieses Problems auszugehen. Für die Depression könne unter Fortführung einer adäquaten Behandlung eine weitere Stabilisierung erreicht werden (Ziff. 1.4). Aktuell könne der Beschwerdeführerin ein 50%iges Pensum zugemutet werden. Sie habe im Februar eine Reintegrationsmassnahme begonnen, das Pensum sollte entsprechend dem Verlauf des Arbeitsversuchs angepasst werden (Ziff. 1.6). Insbesondere im Zusammenhang mit den Schmerzen bestünden Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Leicht eingeschränkt seien zudem die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zur Strukturierung von Aufgaben, zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie die Flexibilität, die Umstellfähigkeit sowie die Entscheidungs- und Beurteilungsfähigkeit. Die Durchhaltefähigkeit und die Konzentration seien mittelschwer eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei jedoch noch zumutbar, initial sei eine Tätigkeit von zwei bis maximal vier Stunden pro Tag vorstellbar mit einem maximalen Arbeitspensum von 40 bis 50 % (Ziff. 1.7).

E. 4.3

Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 13. Juni 2016 folgende Diagnosen (Urk. 10/100/1): - Fibromyalgiesyndrom - chronisch rezidivierende Lumboischialgien - Polyarthralgien, keine Hinweise auf entzündlich rheumatische Erkrankung - Status nach Silikonimplantaten Mammae beidseits zirka 2002 - Periarthropathia genu beidseits - Senkfuss beidseits

Bezüglich die Vorgeschichte sowie die Arbeitsfähigkeit verwies Dr. F.____ auf frühere Berichte (Urk. 10/100/1).

Am 20. Januar 2015 hatte Dr. F.____ ausgeführt, es bestehe ein Fibromyalgiesyndrom, was seines Erachtens die Symptome weitgehend erkläre. Hinweise einer entzündlich rheumatischen Erkrankung würden sich weder klinisch, noch anamnestisch, labormässig oder bildgebend finden. Hinweise einer radikulären Problematik seien auch nicht vorhanden, es fänden sich leichte Degenerationen im Bereich des Segments L4/5, die partiell eine Lumboischialgie erklären könnten (Urk. 10/100/2-3 S. 2).

In einem Schreiben vom 28. Juli 2015 hatte Dr. F.____ festgehalten, aus rheumatologischer Sicht stehe das Fibromyalgiesyndrom deutlich im Vordergrund. Dieses gelte als somatoforme Schmerzstörung, weshalb die Arbeitsunfähigkeit vor allem aus psychiatrischer Sicht beurteilt werden müsse. Im Zeitpunkt der letzten Untersuchung im April 2015 sei die Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Dies umfasse jedoch nicht die psychiatrische Beurteilung, zu welcher er keine Stellung nehmen könne (Urk. 10/100/4).

E. 4.4

Der behandelnde Psychiater Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 17. Juli 2016 (Urk. 10/102) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), bestehend seit über zehn Jahren - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bestehend seit über zehn Jahren

Er behandle die Beschwerdeführerin seit Mitte März 2016 (Ziff. 1.2). Die depressive Symptomatik habe mit der Schmerzstörung ohne ausreichend somatisches Korrelat begonnen und bestehe seit mehr als zehn Jahren. Seit über zehn Jahren stehe die Beschwerdeführerin bei unterschiedlichen Therapeuten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Als Belastungsfaktoren bestünden eine schwierige Kindheit, Probleme in der Ehe mit einer Verschlechterung der Symptomatik nach der Trennung sowie eine Überforderung mit den drei Töchtern. Unter der Behandlung mit Cipralext sei es zu einer Besserung der depressiven Symptomatik bei persistierender Schmerzsymptomatik gekommen. Aufgrund des chronischen Verlaufs der Schmerzsymptomatik sei diesbezüglich die Prognose schlecht (Ziff. 1.4). Einmal wöchentlich fänden psychotherapeutische Gespräche statt und die Beschwerdeführerin werde psychopharmakologisch behandelt (Ziff. 1.5). Die Leistungsfähigkeit sei reduziert, insbesondere im Zusammenhang mit Schmerzen. Ausserdem sei die Beschwerdeführerin in den Bereichen Konzentration und Durchhaltevermögen eingeschränkt (Ziff. 1.7). Als Pharmassistentin bestehe seit dem 14. März 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % (Ziff. 1.6). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei initial während maximal einer bis zwei Stunden täglich möglich, mit einem maximalen Arbeitspensum von 20 % (Ziff. 1.7). Unter Weiterführung der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung sei eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (Ziff. 1.8).

E. 4.5

Am 11. sowie 23. November 2016 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumatologie, begutachtet, welche am 25. November

2016 gestützt auf die vorhandenen Akten, eigene Untersuchungen sowie eine Konsensbesprechung ihr Gutachten erstatteten (Urk. 10/110).

In seinem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 10/110/1-15) diagnostizierte Dr. A.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/1), welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (S. 8 lit. g) und nannte folgende Diagnosen als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 lit. g): - schwierige familiäre Situation (ICD-10 Z63) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Die persönliche Vorgeschichte der Beschwerdeführerin sei auffällig, es sei von einer eher auffälligen Persönlichkeitsentwicklung auszugehen. Eine Persönlichkeitsstörung sei aber nicht feststellbar (S. 8 f.). Seit zirka zehn Jahren würden objektive Befunde vorliegen. Diese seien manchmal mittelgradig gewesen, momentan seien sie leicht- bis mittelgradig (S. 11 Ziff. I.1). Die Beschwerdeführerin erfahre negative Einflüsse durch krankheitsfremde Faktoren wie die lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, die Konzentration auf die Rolle als Mutter, der Status nach Scheidung, finanzielle Schwierigkeiten und erhebliche Erziehungsprobleme, das Alter sowie die fehlende Motivation zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit (S. 10 oben, S. 11 Ziff. I.2). Die Schmerzen würden nachvollziehbar geschildert, eine Aggravation liege nicht vor (S. 11 Ziff. I.4). Die Entwicklung der Persönlichkeit sei eher erschwert verlaufen, das familiäre Klima sei schwierig gewesen. Trotzdem habe sie sich recht gut entwickeln können, habe einen Beruf erlernt und eine Familie gegründet. Vorübergehend sei es zu einer Zwangsstörung und Essproblemen gekommen, was auf eine leicht gestörte Persönlichkeitsentwicklung hinweise. Die Beschwerdeführerin habe diese Störungen aber überwinden können (S. 12 Ziff. I.7). In der Selbst- und Fremdwahrnehmung sei die Beschwerdeführerin in der Regel nicht eingeschränkt (S. 12 Ziff. I.8). Die Beschwerdeführerin sei genügend vernetzt und der Tagesablauf sei strukturiert und aktiv (S. 12 Ziff. II.1-2). Das Belastungslimit sei eher tief, vor allem wegen einer starken Ermüdung mit entsprechender Abnahme der Konzentration. Die tiefe Belastbarkeit könne ursächlich nur teilweise einer psychiatrischen Störung zugewiesen werden (S. 12 Ziff. II.3). Die ambulante psychiatrische Therapie erachte die Beschwerdeführerin als wichtig, einmal pro Woche lasse sie sich ambulant psychiatrisch behandeln. Sie sei team- und konfliktfähig, habe aber Mühe, die Belastungen des Lebens zu ertragen (S. 13 Ziff. II.5, S. 9). Die ambulante psychiatrische Therapie finde seit Jahren statt, die Behandlung sei lege artis (S. 13 Ziff. IV.1). Die Beschwerdeführerin sei kooperativ, der Medikamentenspiegel sei im Referenzbereich reich (S. 13 Ziff. IV.2). Weitere therapeutische Optionen gebe es nicht (S. 14 Ziff. IV.3). Die berufliche Eingliederung werde nur zu einem mässigen Teil durch ein psychiatrisches Störungsbild behindert. Es würden sich vor allem die krankheitsfremden Faktoren negativ auswirken, diese dürften vorherrschend sein (S. 14 Ziff. IV.5-6). Zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten bestünden keine Diskrepanzen (S. 14 Ziff. V.1). Es bestehe kein sozialer Rückzug, die Beschwerdeführerin zeige eine aktive Freizeit- und Lebensgestaltung (S. 14 Ziff. V.2). Die Prognose sei nicht ungünstig (S. 10). Im Haushalt sei die Beschwerdeführerin nicht relevant eingeschränkt. Bei der Arbeit als Pharmassistentin bestehe seit dem Jahre 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 20 % (S. 15 Ziff. VI.1).

In seinem rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 10/110/19-37) nannte Dr. B.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er folgende (S. 13 Ziff. 6.2): -

fibromyalgieforme Panalgie seit der Jugend - keine objektivierbare, ursächliche artikuläre Pathologie - keine Hinweise auf ein vertebro-radikuläres Syndrom - Kyphoskoliose der Wirbelsäule seit der Jugend - Spreizfüsse - Läsion des medialen Meniskus-Hinterhorns rechts - femoropatellares Schmerzsyndrom beidseits

Gemäss den Akten leide die Beschwerdeführerin seit der Jugend an multilokulären Schmerzen, so am linken Knie, der linken Hüfte, der rechten Schulter und der rechten Hand, sowie seit dem Jahre 1993 an Schmerzen der Brust- und Lendenwirbelsäule. Anamnestisch hätten bei der aktuellen Untersuchung erneut polytope Schmerzen im Vordergrund gestanden, die allerdings jetzt alle Körperregionen betreffen würden und zwar rechtsbetont an der oberen Körperhälfte und linksbetont an der unteren Körperhälfte. Die rheumatologische Untersuchung habe keine ursächliche artikuläre oder extraartikuläre Pathologie ergeben, insbesondere keine Hinweise auf ein entzündlich-rheumatisches oder systemisches Leiden. Grundsätzlich seien alle fibromyalgietytischen Stellen druckdolent, doch seien auch alle denkbaren Kontrollpunkte schmerzhaft. Die Schmerzen hätten sich zum grössten Teil auch mit unerschwelligen Reizen auslösen lassen und schmerzhaft seien auch die Haut sowie das Unterhautfettgewebe gewesen. Fibromyalgietytisch sei andererseits die Vielzahl von vegetativen Begleitsymptomen. Es bestehe deshalb keine klassische Fibromyalgiesymptomatik, aber ein fibromyalgie-ähnliches Schmerzbild, was versicherungsrechtlich keinen Unterschied mache. Theoretisch könne die deutliche Fehllagerung der Wirbelsäule Schmerzen verursachen, doch zähle die Beschwerdeführerin die Rückenbeschwerden erst gegen Schluss auf und mache trotz Schmerzverstärkung im Rücken beim Gehen tägliche Spaziergänge. Die Panalgie stehe demnach subjektiv deutlich im Vordergrund. Die Prognose sei eher zweifelhaft, denn mit einer Besserung der Schmerzen sei angesichts des vieljährigen Verlaufes vorerst nicht zu rechnen, allerdings auch nicht mit dem Auftreten einer organisch fassbaren Gelenkspathologie. Die Beschwerdeführerin aggraviere nicht erkennbar, ihr Schmerzempfinden sei aus Sicht des Rheumatologen nachvollziehbar, wenngleich nicht erklärbar (S. 13 f. Ziff. 7). Eine Einschränkung im erlernten Beruf als Pharmaassistentin lasse sich somatisch nicht begründen (S. 14 Ziff. 8.1). Als Hausfrau bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 90-95 % (S. 14 Ziff. 8.2). Eine leichte, wechselnd belastende Tätigkeit sei ihr zumutbar (S. 14 Ziff. 8.3). Das Y.____-Gutachten aus dem Jahre 2006 beschreibe ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom. An dieser Diagnose habe sich zwischenzeitlich nichts geändert, subjektiv hätten die Schmerzen allerdings zugenommen. Angesichts eines Krankheitsverlaufes seit der Jugend mit vollständiger Therapieresistenz könne man von weiteren Therapien keine Verbesserung mehr erwarten (S. 19).

Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung hielten Dr. A.____ und Dr. B.____ fest, die Beschwerdeführerin leide seit ihrer Jugend an polytopen Schmerzen, die weitgehend behandlungsresistent geblieben seien. In einem umfangreichen Gutachten aus dem Jahre 2006 sei ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom ohne objektivierbare, somatische Ursachen beschrieben worden. In den letzten zehn Jahren habe sich am Bild einer somatisch nicht abstützbaren Panalgie nichts geändert, wobei die Schmerzen sich noch weiter generalisiert und intensiviert hätten. Aus rheumatologischer Sicht lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit weiterhin nicht begründen. Im Haushalt sei die Beschwerdeführerin nicht relevant eingeschränkt. Bei der Arbeit als Pharmaassistentin dürfe sie seit dem Jahre 2006 aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 20 % aufweisen (Urk. 10/110/38).

E. 4.6

In ihrem Bericht vom 7. April 2017 (Urk. 10/122/4-5) nannten Dr. G.____ und Prof. O.____ folgende Diagnosen (Ziff. 2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F54.41)

Es sei von einer Störung in der Persönlichkeitsentwicklung in der Kindheit der Beschwerdeführerin auszugehen. Die Beschwerdeführerin habe daraufhin eine Ess- und Zwangsstörung entwickelt. Es bestehe eine melancholische Persönlichkeitsstruktur, jedoch keine Persönlichkeitsstörung (Ziff. 6). Die melancholische Persönlichkeitsstruktur mit erhöhter seelischer Verletzbarkeit, Neigung zur Selbstabwertung und Selbstvorwürfen habe in der Vergangenheit die Entstehung von depressiven Phasen und Rückfällen begünstigt (Ziff. 7). Im Denkvermögen sei die Beschwerdeführerin analytisch und logisch, es bestünden eine gute Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit sowie ein gutes Sozialverhalten (Ziff. 8). Aufgrund des langen Stehens bei der Arbeit als Pharmaassistentin seien die Schmerzen für die Beschwerdeführerin unerträglich. Daraufhin würde sich die depressive Symptomatik wieder deutlich verschlechtern. Eine Arbeitsfähigkeit sei daher nicht mehr gegeben (Ziff. 10). Die Frage, ob es eine behinderungsangepasste Tätigkeit gebe, die die Beschwerdeführerin ausüben könne, könne noch nicht beantwortet werden (Ziff. 11). Ein Grossteil der Leistungseinschränkungen sei auf die Schmerzsymptomatik mit den daraus resultierenden Einschränkungen im Alltag und der sich hierdurch verschlechternden depressiven Symptomatik zurückzuführen (Ziff. 12). Im Verlauf der Behandlung seit Mai 2016 sei es zu einer leichten Besserung der depressiven Symptomatik und geringfügigen Besserung der Schmerzsymptomatik gekommen (Ziff. 5).

E. 4.7

Die weiteren bei den Akten liegenden medizinischen Berichte (Urk. 10/64/5-7, Urk. 10/90/5-16, Urk. 10/100/5) enthalten keine für die Beurteilung der vorliegenden strittigen Fragen relevanten Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, so dass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann.

E. 5.1

Soweit die Beschwerdeführerin gegen das Gutachten von Dr. A.____ und Dr. B.____ in formeller Hinsicht einwendet, Dr. B.____ verfüge seit dem Jahre 2009 über keine Berufsausbildungsbewilligung mehr (vgl. vorstehend E. 2.2), ist festzuhalten, dass Dr. B.____ über einen rheumatologischen Facharztstitel (vgl. Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit; www.medregom.admin.ch) und damit über die fachlichen Voraussetzungen verfügt, um als rheumatologischer Gutachter tätig zu sein. Dass er im Zeitpunkt der Begutachtung über keine Berufsausübungsbewilligung verfügt hat, führt gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht zu einem Beweisverwertungsverbot, schreibt doch das Bundesrecht mit Blick auf die Begutachtung keine solche Bewilligung vor (Urteile des Bundesgerichts 9C_526/2014 3. Dezember 2014, E. 5.5; 9C_121/2016 vom 27. April 2016, E. 4.3; je mit weiteren Hinweisen).

Ebenfalls nicht zu überzeugen vermag der Einwand der Beschwerdeführerin, Dr. B.____ habe lediglich die vorhandenen Akten zusammengefasst und auf eine eingehende eigene Beurteilung verzichtet. Wie sich aus dem Gutachten ergibt, untersuchte Dr. B.____ die Beschwerdeführerin an Schultergürtel, Schultergelenken und Oberarmen, Ellenbogen und Vorderarmen, Handgelenken, Händen und Fingern, Becken, Hüftgelenken und

Oberschenkeln, Kniegelenken und Unterschenkeln, Sprunggelenken, Füßen und Zehen, an der Halswirbelsäule sowie der Brust- und Lendenwirbelsäule und untersuchte auch die geklagten Schmerzphänomene (Urk. 10/110/28-29). Seine Beurteilung stützte er demnach auf eine eingehende eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin. Dass die Ausführungen zur Beurteilung an sich tatsächlich eher etwas knapp ausgefallen sind, vermag daran jedoch nichts zu ändern.

Was sodann die Einwände gegen das psychiatrische Teilgutachten betrifft, so führte Dr. A. ___ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nachvollziehbar aus, dass die objektiven Befunde zwar seit zirka zehn Jahren vorliegen würden und die Behandlung leitungsartig durchgeführt werde (Urk. 10/110/11 Ziff. I.1, Urk. 10/110/13 Ziff. IV.1), die Beschwerdeführerin jedoch negative Einflüsse krankheitsfremder Faktoren erfahre (Urk. 10/110/11 Ziff. I.2). Diesbezüglich nannte Dr. A. ___ die lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, die Konzentration auf die Rolle als Mutter, der Status nach Scheidung, die finanziellen Schwierigkeiten und die erheblichen Erziehungsprobleme, das Alter sowie die fehlende Motivation zur Aufnahme einer Arbeitstätigkeit (Urk. 10/110/10 oben, Urk. 10/110/11 Ziff. I.3). Das tiefe Belastungsniveau im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen bei We-care sei nur teilweise auf die psychische Störung zurückzuführen (Urk. 10/110/12 Ziff. II.3, Urk. 10/110/14 Ziff. IV.5), es würden sich vor allem die krankheitsfremden Faktoren negativ auswirken (Urk. 10/110/14 Ziff. IV.5). Dass Dr. A. ___ den Abbruch der Eingliederungsmassnahmen einzig auf krankheitsfremde Faktoren zurückgeführt hätte, ist demnach nicht zutreffend. Dr. A. ___ begründete zudem, weshalb er das Vollbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als nicht vorliegend und welche Kriterien als nicht erfüllt erachtete (Urk. 10/110/9 f.).

Insgesamt erfüllt das Gutachten von Dr. B. ___ und Dr. A. ___ die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vgl. vorstehend E. 1.4). Dieses beruht auf den notwendigen fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin in angemessener Weise und nimmt auch Bezug auf die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung geforderten Standardindikatoren. Die Gutachter legten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und plausibel begründet dar und hielten in der interdisziplinären Beurteilung fest, dass sich in den letzten zehn Jahren am Bild einer somatisch nicht abstützbaren Panalgie nichts geändert habe und sich aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit weiterhin nicht begründen lasse. Auch aus psychiatrischer Sicht stellten die Gutachter für die Haushaltstätigkeit keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest und setzten die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pharmaassistentin seit dem Jahre 2006 auf zirka 20 % fest (Urk. 10/110/38).

E. 5.2

Ein Vergleich des Y. ___-Gutachtens aus dem Jahre 2006 mit den seit der Neuankündigung im Oktober 2015 eingegangenen medizinischen Berichten, insbesondere dem Gutachten von Dr. A. ___ und Dr. B. ___, zeigt, dass sich die Diagnosen seither nicht wesentlich verändert haben. Im Y. ___-Gutachten waren zwar neben der Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen und Zwangsgedanken sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine depressiven Episoden oder Störungen diagnostiziert worden. Allerdings finden sich bereits damals im psychiatrischen Teilgutachten wie auch in der Aktenzusammenfassung verschiedentlich Hinweise auf depressive Beschwerden und Phasen (Urk. 10/34 S. 3 Ziff. 2.2, S. 4 Ziff. 3.2.1, S. 5 Ziff. 3.2.3, S. 11 Mitte, S. 13

Ziff. 4.2.4). Bereits im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenprüfung waren demnach depressive Beschwerden ein Thema.

In den im Rahmen der Neuanschuldung eingegangenen medizinischen Akten wurden insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, leicht bis mittelgradig (E. 4.1-2, E. 4.4-6), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (E. 4.2, E. 4.4-5) beziehungsweise eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (E. 4.6) sowie ein Fibromyalgiesyndrom (E. 4.1, E. 4.3) beziehungsweise eine fibromyalgieforme Panalgie (E. 4.5) diagnostiziert. Dabei handelt es sich ausschliesslich um Diagnosen aus dem Themenkreis der depressiven Störungen sowie somatoformen Schmerzstörungen und damit vergleichbarer psychosomatischer Leiden. Insgesamt kann damit nicht von einem veränderten Gesundheitszustand ausgegangen werden, sondern es liegt lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes vor.

Dieser Einschätzung stehen insbesondere auch die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. G. ___ nicht entgegen, welcher am 17. Juli 2016 festhielt, sowohl die rezidivierende depressive Störung als auch die somatoforme Schmerzstörung würden seit über zehn Jahren bestehen (E. 4.4).

E. 5.3

Auch wenn sich dementsprechend die Diagnosen seit der letzten Rentenprüfung im Februar 2007 nicht wesentlich verändert haben, schliesst dies das Vorliegen eines Revisionsgrundes nicht grundsätzlich aus, massgeblich sind die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Invalidenversicherungsrechtlich erheblich ist einzig, ob und in welchem Mass eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit - und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie - ausgemessen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2010 vom 30. November 2010, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

Diesbezüglich fällt auf, dass der behandelnde Psychiater Dr. G. ___ im Juli 2016 zunächst eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestiert hatte (E. 4.4), in seinem Bericht vom 7. April 2017 jedoch von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen war, obschon er eine im Verlauf der Behandlung seit Mai 2016 eingetretene leichte Besserung der Symptomatik wie auch eine geringfügige Besserung der Schmerzsymptomatik beschrieben hatte (E. 4.6). Neben diesen inhaltlichen Bedenken ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass nicht nur alle meinpraktizierende Hausärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen). Die Beurteilung durch Dr. G. ___ erscheint insgesamt wenig nachvollziehbar und überzeugend und es kann nicht darauf abgestellt werden.

Vielmehr ist gestützt auf das nachvollziehbare und überzeugende Gutachten von Dr. A. ___ und Dr. B. ___ davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2006 in der bisherigen Tätigkeit als Pharmaassistentin im Umfang von zirka 80 % arbeitsfähig ist (vgl. E. 4.5).

Eine anspruchrelevante Verschlechterung ist damit nicht überwiegend wahr scheinlich.

E. 5.4

Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass es seit der letzten Rentenprüfung im Februar 2007 weder zu einer wesentlichen Veränderung der gestellten Diagnosen noch zu einer wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Ein Revisionsgrund

ist somit zu verneinen. Fehlt es daran, so ist eine Prüfung der Standardindikatoren (vgl. BGE 141 V 281) nicht vorzunehmen; eine geänderte Rechtsprechung stellt für sich allein keinen Revisionsgrund dar (BGE 141 V 585 E. 5.3).

Die angefochtene Verfügung vom 11. Mai 2017 erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen.

E. 6.2

Für das Beschwerdeverfahren wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung mit Verfügung vom 18. Oktober 2017 gutgeheissen (Urk. 11). Mit Honorarnote vom 25. Oktober 2018 machte Rechtsanwältin Lotti Sigg Bonazzi, Winterthur, Aufwendungen von insgesamt 7 Stunden und 35 Minuten sowie Auslagen von Fr. 50.05 geltend (Urk. 13), was angemessen erscheint. Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist eine Entschädigung von Fr. 1'850.75 aus der Gerichtskasse zu bezahlen. Das Gericht 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.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Lotti Sigg, Winterthur, wird mit Fr. 1'850.75 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Kübler-Zillig

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