

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00738 vom 26. Juli 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-07-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00738

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00738 du 26 juillet 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00738 del 26 luglio 2018

Erwägungen

E. 3.1

Dr. med. A.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 4. Januar 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/14/1): - Rückenschmerzen bei lumbospondylogem Schmerzsyndrom links seit 2006, - Fingerpolyarthrosen, - chronische Kopfschmerzen seit 2001, - Depression bei psychosozialer Belastung.

Bei schlechter Prognose bestehe seit dem 28. Januar 2015 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Urk. 10/14/2). Eine wechselbelastende Tätigkeit sei für zwei Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 10/14/4).

E. 3.2

Dem Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. März 2016 sind folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 10/16/1): - mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11 / F32.2), seit Ende 2014 respektive Anfang 2015, - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), seit Jahren, - chronische Migränekopfschmerzen und Rückenschmerzen seit etwa 2001.

Die Versicherte sei bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Im Kontakt wirke sie eher zurückhaltend, sei jedoch zugewandt und berichte ausführlich über ihre aktuelle Problematik. Kognitiv wirke sie reduziert; sie klage über Konzentrationsschwäche und Vergesslichkeit. Ferner äussere sie Existenz- und Zukunftsängste. Inhaltliche Denkstörungen seien nicht eruierbar, wobei eine Einengung auf die gesundheitlichen Beschwerden - vor allem die Kopf- und Rückenschmerzen - vorliege. Anhaltspunkte für Wahn, Sinnestäuschung oder Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Ein affektiver Rapport komme knapp zustande. Die Stimmung sei gedrückt, deprimiert und wenig moduliert. Die Versicherte sei teilweise gereizt und innerlich unruhig. Es seien Schuldgefühle gegenüber ihrem Ehemann und der Tochter vorhanden. Der Antrieb und die sozialen Kontakte seien reduziert. Im Weiteren habe die Versicherte von einem Morgentief, Ein- und Durchschlafstörungen mit schrecklichen Albträumen sowie phasenweise auftretenden suizidalen Gedanken berichtet. In Anbetracht dieser Befunde sei mit einem langfristigen therapeutischen Prozess zu rechnen. Nebst regelmässigen Gesprächen alle zwei bis drei Wochen werde die Versicherte auch medikamentös behandelt. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit - insbesondere mit der Möglichkeit zu Positionswechseln sowie ohne Belastungs- und Zeitdruck - sei zu 30-40 % möglich (zum Ganzen Urk. 10/16/2 f.).

E. 3.3.1

Gemäss polydisziplinärem MEDAS-Gutachten vom 18. Oktober 2016 sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Schwerhörigkeit sowie der arteriellen Hypertonie nicht eingeschränkt. Demgegenüber würden namentlich folgende Diagnosen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen (Urk. 10/41/16): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, chronifiziert anmutend, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), - chronisches Weichteilschmerzsyndrom, - chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) bei Osteochondrose L1/2 und L5/S1 sowie Spondylarthrosen der Segmente L4-S1 bilateral, - Polyarthrosen der Fingergelenke rechtsbetont.

E. 3.3.2

Gegenüber Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, habe die Beschwerdeführerin über generalisierte Schmerzen am Bewegungsapparat geklagt, wobei diejenigen an der lumbalen Wirbelsäule im Vordergrund stünden. Sie würden beidseits in die Gesässgegend, die Oberschenkel und teilweise über die Kniegelenke hinweg in die Unterschenkel ausstrahlen. Die Versicherte habe angegeben, sowohl im Sitzen als auch im Gehen Beschwerden zu haben und aufgrund der lumbalen Rückenschmerzen im Alltag erheblich eingeschränkt zu sein. Begonnen hätten die Beschwerden etwa vor sieben bis acht Jahren; seither habe die Schmerzintensität eindeutig zugenommen und die Schmerzen seien therapieresistent (Urk. 10/41/24). Aus rheumatologischer Sicht stehe das generalisierte und chronifizierte Weichteilschmerzsyndrom im Vordergrund. Dieses gehe weder mit einer Synovitis oder Tenosynovitis, noch mit alltagsrelevanten Bewegungs- oder Funktionseinschränkungen der peripheren Gelenke einher. Daneben liege ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei einer beginnenden bisegmentalen degenerativen Diskopathie (Osteochondrose L1/L2, L5/S1), einer Fehlhaltung der Wirbelsäule (diskrete S-förmige Skoliose, tief reichende thorakolumbal lokalisierte Kyphose der Brustwirbelsäule) und bei magnetotomographisch nachgewiesenen Spondylarthrosen auf den Segmenten L4-S1 bilateral rechtsbetont vor. Wie bis anhin hätten sich keine objektiven Hinweise für eine radikuläre Schmerzsymptomatik ergeben. Ausserdem lasse sich das wahre Ausmass der Funktionseinschränkungen an der Lendenwirbelsäule beziehungsweise an den allermeisten peripheren Gelenken kaum objektivieren, da die Versicherte bei den allermeisten Untersuchungen aktiv entgegen gespannt und immer wieder auf akut einschliessende lumbale Schmerzen hingewiesen habe. Trotz des generalisierten Schmerzsyndroms und der Symptomatik an der Wirbelsäule sei der Versicherten eine dem Leiden angepasste Tätigkeit für fünf Stunden pro Tag sicherlich zuzumuten. Zu vermeiden seien in dieser Hinsicht namentlich repetitives Bücken und Aufrichten, das repetitive Anheben und Tragen von Gewichten über sieben Kilogramm, Arbeitstätigkeiten in kauender oder kniender Position sowie solche mit Kälte- und Feuchteexposition (Urk. 10/41/27).

E. 3.3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Teilexpertise fest, dass die Versicherte von Rheuma, Kopf- und Rückenschmerzen sowie Schwindelgefühlen berichtet habe. Seit zehn Jahren leide sie sehr, vor allem unter Migräne. Der Rücken sei seit vier bis fünf Jahren überwiegend auf der linken Seite blockiert. Auch in den Fingern sowie im Bereich der Füsse sowie des Sternums und des Halses habe sie

Schmerzen. Am Schlimmsten seien jedoch die Kopfschmerzen. In psychischer Hinsicht fühle sich die Explorantin sehr schlecht; schlimmer als ihr aktueller Zustand sei „nur der Tod“. Sie sei vergesslich geworden und habe schon mehrfach ihre Tasche im Geschäft stehen lassen oder den Herd nicht abgeschaltet. Ihr Appetit sei zurückgegangen, weshalb sie über 20 Kilogramm abgenommen habe. Seitdem die Schmerzen begonnen hätten und sie ihre Arbeit verloren habe, sei sie unnütz auf dieser Welt. Sie habe nur sehr selten Tage, an denen es vielleicht etwas besser gehe. Ihre Stimmung sei schlecht; sie sei traurig und frage sich immer wieder, was sie falsch gemacht habe. Ihr Leben habe wenig Sinn und sie denke häufig an den Tod. Zurückliegend habe es zwei Situationen gegeben, in denen sie sich habe das Leben nehmen wollen. Aktuell habe sich jedoch keine derartigen Pläne (Urk. 10/41/34 f.).

Während der Untersuchung sei die Beschwerdeführerin zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person orientiert und bewusstseinsklar gewesen. Eine Müdigkeit sei weder geäußert worden, noch erkennbar gewesen. Die Auffassung sei intakt gewesen, und es habe sich insgesamt maximal eine leichte Konzentrationsminderung gezeigt. Trotz angegebener Vergesslichkeit seien weder das Gedächtnis noch die Merkfähigkeit eingeschränkt gewesen. Anhaltspunkte für Störungen des formalen und inhaltlichen Denkens, für Zwangserleben oder ein erhöhtes Angstniveau hätten sich nicht ergeben. Affektiv habe die Versicherte ratlos-niedergeschlagen gewirkt; jedoch ohne Hinweis auf eine Armut, Starre, Inkontinenz oder Labilität des Affektes. Sie habe Zukunftssorgen geäußert, und es bestehe eine Unsicherheit respektive Überforderung in Bezug auf die Lebenssituation. Das Antriebsniveau sei anamnestisch deutlich herabgesetzt. Zudem sei ein sozialer Rückzug vorhanden. Gedanken des Lebensüberdresses seien geäußert worden; eine akute Suizidalität habe sich jedoch nicht gezeigt. Darüber hinaus habe die Versicherte von Ein- und Durchschlafstörungen, leicht gemindertem Appetit sowie aufgehobener Libido berichtet (Urk. 10/41/38).

Das in den Unterlagen vorbeschriebene depressive Zustandsbild habe sich auch in der aktuellen Untersuchung gezeigt, wobei es auf der Grundlage der klinischen und psychometrischen Befunde als mittelgradig zu qualifizieren sei. Angesichts der Krankheitsdauer und des in der Untersuchung entstandenen Eindrucks einer deutlichen Chronifizierung sei eine rezidivierende depressive Störung zu diagnostizieren. Die Schmerzproblematik sei keinem eindeutigen organ-pathologischen Korrelat zuzuordnen, respektive sei es im Verlauf zur Entwicklung einer Schmerzverarbeitungsstörung mit eigenständigem Charakter gekommen. Zumindest für einen Teilbereich der Schmerzproblematik sei daher eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) anzunehmen. Für weitere psychische Erkrankungen wie Angst- oder Persönlichkeitsstörungen bestünden klinisch keine Anhaltspunkte (Urk. 10/41/43 ff.). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei von einer hohen Einschränkung der Funktionalität auszugehen. Die Gesamtproblematik aus chronifizierter Schmerzproblematik mit fehlenden Kompensationsstrategien und depressiver Grundstimmung wirke sich unter Berücksichtigung des Ressourcenpotentials der Versicherten umfassend auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im beruflichen und privaten Kontext aus. Sowohl das Einfügen in normale Arbeitsprozesse oder -abläufe als auch die Planung von Arbeitsabläufen unterliege der momentanen Befindlichkeit und sei für die Versicherte nicht plan- und steuerbar. Sie zeige in jedweder Situation ein gleich eingeschränktes Verhaltensmuster; die fehlende Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen

oder Herausforderungen verhindere das Einlassen auf Veränderungen. Die psychische Stabilität, Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit zeige sich deutlich vermindert. Die Versicherte sei vorrangig mit sich und ihrer Gesundheitssituation beschäftigt. Vor diesem Hintergrund sei sie gegenwärtig keinem Arbeitgeber im ersten Arbeitsmarkt zumutbar. Ihr sei die Überwindung der Problematik aus eigener Willensanstrengung nicht möglich, weshalb sowohl für die angestammte, als auch für anderweitige Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (Urk. 10/41/49 f.).

E. 3.3.4

Dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. E.____, Praktischer Arzt, ist zu entnehmen, dass zurzeit aufgrund der Semiologie der Schmerzen und des grundsätzlich normalen Neurostatus keine Anhaltspunkte für eine Läsion des peripheren und/oder des zentralen Nervensystems als mögliche Ätiologie des Schmerzsyndroms bestünden. Inkongruenzen bei der Prüfung des Lasègue, der geklagten Hypoästhesie sowie beim Sturz anlässlich der Gangprüfung würden eine grosse funktionelle Komponente vermuten lassen. Aus neurologischer Sicht seien keine objektivierbaren Funktionseinschränkungen und demzufolge keine Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit vorhanden (Urk. 10/41/54 f.).

E. 3.3.5

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, dass sowohl für die angestammte als auch für anderweitige Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt seit November 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Zu empfehlen sei eine Intensivierung der Behandlung und ein Integrationsversuch im geschützten Rahmen mit einer niederschweligen, den Schmerzen angepassten Erwerbstätigkeit (Urk. 10/41/20 f.).

E. 3.4

Nachdem Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, vom RAD auf verschiedene Inkongruenzen im MEDAS-Gutachten hingewiesen hatte (vgl. Urk. 10/44/4), nahmen die Gutachter hierzu am 29. November 2016 Stellung. Sie hielten insbesondere fest, dass die im Haupt- und im psychiatrischen Teilgutachten beschriebenen Tagesabläufe sehr gut übereinstimmen würden. Im Weiteren könne allein aufgrund des Umstandes, dass sich die Versicherte bei etwas provokativen Fragen laut und resolut in albanischer Sprache habe ausdrücken können, nicht auf eine gute Schwingungsfähigkeit geschlossen werden. Aufgrund des fehlenden Serumspiegels an Citalopram könne ausserdem nicht von einer mangelnden Compliance ausgegangen werden. Es komme auch ein laborchemischer Messfehler oder eine Resorptionsproblematik in Frage. Zudem habe die Versicherte auf die Konfrontation mit den laborchemischen Ergebnissen erstaunt reagiert. Die meisten Betroffenen würden an diesem Punkt jedoch die fehlende oder unregelmässige Medikamenteneinnahme gestehen. Dr. D.____ betonte darüber hinaus, dass aktuell von einer stark erschwerten bis verunmöglichten therapeutischen Annehmbarkeit der Symptomatik auszugehen sei. Unter anderem der Umstand, dass jahrelang keine fachspezifische Behandlung erfolgt sei, trage hierzu bei (zum Ganzen Urk. 10/43).

E. 3.5

Dr. F.____ erachtete auch diese ergänzenden Ausführungen für nicht zufriedenstellend. Die Inkongruenzen seien nicht erklärt oder ausgeräumt worden. Auf das MEDAS-Gutachten könne insgesamt nicht abgestellt werden (Urk. 10/44/5).

In einer weiteren RAD-Stellungnahme äusserte sich dipl. med. G.____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, am 18. Mai 2017 dahingehend, dass in den Teilexpertisen aus psychiatrischer Sicht wenige Inkonsistenzen auszumachen seien. Allerdings könne von einer mässigen Verdeutlichungstendenz ausgegangen werden. Angesichts des erhobenen Psychostatus sei nicht auf eine mittelgradige, sondern eher auf eine leichte depressive Störung zu schliessen. Da die Versicherte die Medikamente nicht regelmässig einnehme, dürfte kein ausgeprägter Leidensdruck vorliegen. Ausserdem seien die psychosozialen Aspekte wie minimale Schulbildung, mangelnde Integration und fehlende Sprachkenntnisse im Gutachten nicht abgegrenzt worden. Vorerst sollte die Therapie im Rahmen eines mehrwöchigen Aufenthaltes in einer psychosomatischen Klinik intensiviert werden. Damit könne ungefähr eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Nachfolgend könnten Integrationsmassnahmen geprüft werden (Urk. 10/58/2 f.).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 30. Mai 2017 weder auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS-Gutachter, noch auf diejenige des RAD ab. Hauptsächlich vertrat sie den Standpunkt, die psychischen Leiden - insbesondere die rezidivierende depressive Störung - seien nicht therapieresistent, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe. Demgegenüber erachtet die Beschwerdeführerin gestützt auf die medizinische Aktenlage zumindest eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und damit verbunden einen Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung für mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen (vgl. E. 2.1 f.).

E. 4.2

Die Argumentation der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die mangelnde Therapieresistenz der depressiven Störung greift zu kurz. Einerseits hat das Bundesgericht zwischenzeitlich grundsätzlich für sämtliche psychischen Leiden die Anwendbarkeit des indikatorengeliteten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 statuiert (BGE 143 V 409 und 418 vom 30. November 2017). Die Behandlungs- und Eingliederungsresistenz bildet in diesem Zusammenhang nur einen der zu berücksichtigenden Faktoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1). Andererseits liess die Beschwerdegegnerin weitestgehend ausser Acht, dass mit der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) von Seiten der Gutachter eine weitere psychische Erkrankung festgestellt wurde, welche aus Sicht von dipl. med. G.____ gar im Vordergrund steht (Urk. 10/58/3). Darüber hinaus wurde aus rheumatologischer Sicht eine nicht unerhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 10/41/27), worauf die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) jedoch ebenfalls nicht näher einging.

Doch auch die Schlussfolgerung der Beschwerdeführerin, wonach zumindest von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei, vermag in Anbetracht der medizinischen Grundlagen nicht zu überzeugen. So weist das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten bei genauerer Betrachtung diverse Unzulänglichkeiten auf. Obgleich der neurologische Gesundheitszustand der Versicherten von beiden Parteien grundsätzlich nicht näher thematisiert wurde und insbesondere auch den Berichten der behandelnden Ärzte keine spezifischen Hinweise auf eine in diesen Fachbereich fallende Erkrankung zu entnehmen sind (vgl. E. 3.1 f.), ist festzuhalten, dass Dr. E.____ als Praktischer Arzt nicht über die vorausgesetzte Fachausbildung verfügt, um eine neurologische Begutachtung durchzuführen (vgl. www.medregom.admin.ch). Gemäss höchstrichterlicher Praxis spielt

die fachliche Qualifikation für die richterliche Würdigung einer Expertise jedoch eine erhebliche Rolle (Urteil des Bundesgerichts 9C_547/2010 vom 26. Januar 2011 vom 26. Januar 2011 E. 2.2 mit Hinweisen). In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten ist nur schon angesichts der weitestgehend unauffälligen objektiven Befunde (vgl. Urk. 10/41/38) nicht nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit vollumfänglich eingeschränkt sein soll. Dies erschliesst sich insbesondere auch vor dem Hintergrund des von der Beschwerdeführerin geschilderten, relativ strukturierten Tagesablaufs nicht. So ist sie - wenn auch unter Schmerzen und mit Pausenbedarf - unter anderem selbständig in der Lage, sich um ihren kranken Ehegatten zu kümmern, den Haushalt zu erledigen, Einkäufe zu tätigen und Spaziergänge zu unternehmen (Urk. 10/41/5; divergent hierzu teilweise Urk. 10/41/35 f.). Im Weiteren setzte sich Dr. D.____ trotz der diagnostizierten Schmerzstörung nicht mit den Standardindikatoren auseinander, um das funktionelle Leistungsvermögen der Versicherten zu bestimmen. Mit Blick auf ebensolche Erkrankungen wurde das strukturierte Beweisverfahren indes bereits im Jahr 2015 vom Bundesgericht eingeführt (BGE 141 V 281). Hinsichtlich des rheumatologischen Teilgutachtens bleibt sodann anzufügen, dass auch die von Dr. C.____ attestierte Arbeitsfähigkeit von (mindestens) fünf Stunden pro Tag in einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht schlüssig erscheint. Ausgehend von den radiologischen Untersuchungen bestehen zwar nicht unerhebliche Pathologien an der Lendenwirbelsäule (vgl. Urk. 10/41/26). Es erschliesst sich jedoch nicht, inwiefern sich das damit in Zusammenhang stehende lumbospondylogene Schmerzsyndrom bei Ausübung einer dem individuellen Belastungsprofil angepassten Tätigkeit (vgl. Urk. 10/41/27) derart einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken soll, zumal aus fachärztlicher Sicht beispielsweise nicht von einem erhöhten Pausenbedarf ausgegangen wird. Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass in den einzelnen Teilgutachten ein demonstratives Schmerzverhalten sowie diverse Inkonsistenzen - wie etwa ein aktives Gegenspannen anlässlich der rheumatologischen Untersuchung - beschrieben wurden (vgl. Urk. 10/41/19, 10/41/27 und 10/41/54). Eine entsprechend zu erwartende kritische Würdigung dieser Gegebenheiten im Rahmen der Beurteilung der Leistungsfähigkeit fand allerdings - soweit ersichtlich - nicht statt.

Nach dem Gesagten erweist sich das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 18. Oktober 2016 nicht als taugliche Grundlage für die Beurteilung allfälliger in validenversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche der Versicherten. Entgegen derer Auffassung kann allerdings auch gestützt auf die Stellungnahme von dipl. med. G.____ vom 18. Mai 2017 (Urk. 10/58/2 f.) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine rentenbegründende Invalidität geschlossen werden. Diese Einschätzung basiert zum einen auf dem nicht beweiskräftigen MEDAS-Gutachten und nicht auf selbständig erhobenen Befunden. Zum anderen bezog sich dipl. med. G.____ in Nachachtung seiner fachärztlichen Qualifikation allein auf den psychischen Gesundheitszustand der Versicherten. Gesamthaft ist somit eine erneute polydisziplinäre Begutachtung unumgänglich.

E. 4.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der entscheidungsrelevante medizinische Sachverhalt für eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und damit des Invaliditätsgrades als unzureichend abgeklärt erweist. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 30. Mai 2017 (Urk. 2) aufzuheben und es rechtfertigt sich (vgl. E. 1.5), die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit

diese nach ergänzender Abklärung im Sinne der oben erwähnten Erwägungen eine neue Beurteilung vornehmen und sodann über den Leistungsanspruch der Versicherten neu verfügen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

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, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Die Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber

Grünig Würsch

E. 5.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVG). Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Versicherte Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mit Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2) erweist sich unter diesen Umständen als gegenstandslos.
Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 30. Mai 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Versicherten neu verfügen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe -
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.