

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00217 vom 27. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00217

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00217 du 27 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00217 del 27 settembre 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 Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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 1 8. 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 vo raus (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 Ein zelfall 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 zu mutbar 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. 1.3

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden soma toformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat

(BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie « funktioneller Schweregrad »

- Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex « Sozialer Kontext »

- Kategorie « Konsistenz » (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 1.4

Weder für die Verwaltung noch für das Gericht besteht ein Anlass, die Diagnose « Fibromyalgie » in Frage zu stellen, auch wenn diese in der Ärzteschaft umstritten ist. Die Fibromyalgie weist zahlreiche mit den somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte auf, sodass es sich beim aktuellen Kenntnisstand aus juristischer Sicht rechtfertigt, die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog

anzuwenden (BGE 132 V 65 E. 4).

E. 1.5

Nach lit . a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision) werden Renten, die bei pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit . a Abs. 1 SchlB

6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit . a Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die « erklärbaren » Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein « Mischsachverhalt » gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachterliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere (« nichtsyndromale ») Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht,

das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

E. 1.6

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.7

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.8

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). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 1. März 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente infolge der Revision der Invalidenversicherung gestützt auf die Schlussbestimmungen der Änderungen des IVG

vom 18. März 2011 überprüft worden sei. Da im Urteil des hiesigen Gerichtes betreffend die am 12. März 2015 verfügte Einstellung der Invalidenrente festgehalten worden sei, dass eine Rentenrevision unter der Anwendbarkeit der Schlussbestimmungen möglich sei, jedoch weitere Abklärungen zu den aktuellen Ressourcen zu machen seien, sei ein Revisionsgrund weiterhin gegeben. Gestützt auf das veranlasste Gutachten der Z.____

ag

vom 2. Mai 2017 sei von einer maximalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % auszugehen, wes halb kein Anspruch mehr auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe. Bei der Beurteilung von Dr. med. A.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, handle es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts (S. 1 ff.).

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass das rechtliche Gehör verletzt worden sei, indem ihr die Beschwerdegegnerin bislang keine Akteneinsicht gewährt habe und der Vorbescheid vom 10. Oktober 2017 nicht nachvollziehbar begründet worden sei. Sie wolle noch Stellung zu den Ausführungen im verheimlichten Gutachten vom 2. Mai 2017 nehmen (S. 2 lit. A. Ziff. 2). Gemäss Dr. A.____ sei sie nicht mehr als 30 % bis 40 % belastbar. Da die Krankheit unberechenbar sei, sei sie auf dem ersten Arbeitsmarkt kaum vermittelbar (S. 3 Mitte). Die behandelnden Ärzte seien sich einig, dass sie chronisch schwer krank sei (S. 3 unten f.). Auch seien die Feststellungen der Beschwerdegegnerin zu ihrer beruflichen Ausbildung rätselhaft und das kommunikative sei in ihrer Kultur verwurzelt (S. 4 Ziff. 3).

E. 2.3

In ihrer Replik (Urk. 24) machte die Beschwerdeführerin geltend, dass die Z.____-Gutachter höchstens die Ist-Situation beurteilen könnten, jedoch nicht ihre frühere gesundheitliche Situation. Dies sei unglaubwürdig. Es fehle an Objektivität und an einer überzeugenden Begründung (S. 3 Ziff. 6-7). Es sei notorisch, dass jemand, der unter chronischen Schmerzen leide, nicht arbeitsfähig sei (S. 3 Ziff. 8).

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob die Renteneinstellung rechtmässig ist.

E. 3

Vorab ist zur beschwerdeweise geltend gemachten Gehörsverletzung im Rahmen des Vorbescheidverfahrens im Sinne einer nicht gewährten Akteneinsicht, insbesondere der Nichtzustellung des polydisziplinären Gutachtens der Z.____

ag vom 2. Mai 2017 an den Vertreter der Beschwerdeführerin, festzuhalten, dass gemäss Aktenlage dieser zwar mit Schreiben der IV-Stelle vom 23. Dezember 2016 (Urk. 10/124) über die Durchführung der polydisziplinären Untersuchung informiert worden ist und ihm vorgängig mit Schreiben vom 18. Januar 2017 auch die beteiligten Gutachter mitgeteilt worden sind (vgl. Urk. 10/128), eine Zustellung des Gutachtens zur Stellungnahme jedoch nicht erfolgte. Im Rahmen seiner Einsprache vom 6. November 2017 (Urk. 10/136) auf den Vorbescheid vom 10. Oktober 2017 (Urk. 10/134) ersuchte der Vertreter jedoch auch nicht darum, obwohl klar aus dem Vorbescheid hervorging, dass sich der in Aussicht gestellte Entscheid auf das Gutachten der Z.____

ag

stützte.

Da der Vertreter der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung am hiesigen Gericht mit einem befristeten Berufsausübungsverbot von zwei Jahren sowie mit einem Patentzug sanktioniert war (vgl. Urk. 5-6), wurde ihm mit Gerichtsverfügung vom 17. Mai 2018 im Rahmen eines gewährten zweiten Schriftenwechsels die Möglichkeit geboten, die vollständigen Prozessakten nach telefonischer Voranmeldung am Sitz des Gerichtes einzusehen (Urk. 17). Am 18. Mai 2018 teilte der Vertreter der Beschwerdeführerin mit, dass er um Zusage der Akten ersuche, da es für ihn sehr umständlich sei, nach Winterthur zu fahren, da er sich oft im Ausland aufhalte (Urk. 19). Telefonisch wurde ihm daraufhin mitgeteilt, dass die Akten nur an Anwälte mit gültigem Anwaltspatent versendet würden, welche Voraussetzungen er nicht erfülle. Vereinbart wurde, ihm eine Kopie des Gutachtens der Z.____

ag

vom 2. Mai 2017 zur Stellungnahme zuzustellen (vgl. Urk. 20). Zum Gutachten der Z.____

ag

äusserte er sich sodann mit Eingabe vom 23. August 2018 (Urk. 24).

Da der Vertreter der Beschwerdeführerin demnach nachträglich die Möglichkeit gehabt hätte, die vollständigen Akten einzusehen und er zum Gutachten der Z.____

ag bei voller Kognition des hiesigen Gerichtes alle seine Argumente vorbringen konnte, ist eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Beschwerdegegnerin als geheilt anzusehen.

E. 4

.6

Dr. A.____ stellte in seinem Bericht vom 1. November 2017 (Urk. 10 / 13

E. 4.1

Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 2. Mai 2016 (Urk. 10/ 102) wurde hinsichtlich der im Oktober 2008 rückwirkend ab Februar 2007 erfolgten Rentenzusprache (Urk. 10 /40, Urk. 10 /43-46) festgehalten, dass es sich bei dem zugrunde liegenden medizinischen Sachverhalt um einen sogenannten

„Mischsachverhalt“ (vgl. vorstehend E. 1.5) handle und in Anbetracht der Gegebenheiten davon auszugehen sei, dass die psychischen Einschränkungen die Auswirkungen der Fibromyalgie bloss verstärkt und die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht eigenständig verursacht hätten. Eine Rentenrevision unter der Anwendbarkeit der Schlussbestimmungen

wurde

für möglich erachtet (Urk. 10/ 102 E.

5.1). Demnach ist im Folgenden zu prüfen, ob im Zeitpunkt der Revision die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG (vorstehend E. 1.1) erfüllt waren.

E. 4.2

Hinsichtlich des von der Beschwerdegegnerin im Rahmen der im Juli 2013 eingeleiteten Rentenrevision (vgl. Urk. 10/69) eingeholten Gutachtens B.____ vom Juli 2014 (Urk. 10/81) hielt das hiesige Gericht in seinem Urteil vom 2. Mai 2016 fest, dass dieses keine nach der dargelegten Rechtsprechung von BGE 141 V 281 geforderte Prüfung der relevanten Standardindikatoren zulasse und sich die offenen Fragen im Zusammenhang mit den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 auch nicht anhand der vorliegenden Berichte der behandelnden Ärzte beantworten liesse. Die Sache wurde folglich an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen und erneuter Entscheidung zurückgewiesen (vgl. Urk. 10/102 E. 5.9-10, Dispositiv Ziff. 1).

Die medizinische Aktenlage zeigte sich hernach wie folgt:

E. 4.3

Dr. A.____, Leitender Arzt, C.____, stellte in seinem Bericht vom 18. November 2016 (Urk. 10/122) folgende Diagnosen (S. 1): - akute psychosomatische Dekompensation mit ausgeprägter massiver generalisierter Schmerzsymptomatik mit - Schlaflosigkeit - begleitenden neuro-vegetativen Symptomen: Kopfschmerzen, Tinnitus im linken Ohr, abdominale Beschwerden - generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgiesyndrom) mit - wechselnden multiple neurovegetative Begleitsymptomen - chronisch cervikozephalom Syndrom - intermittierend lumbospondylogener bis radikulärer Symptomatik - stark verminderte globale Belastungstoleranz - depressive Entwicklung (in psychiatrischer Behandlung) - Residualsyndrom nach schwerer abszedierender Pneumonie rechts mit - genereller Leistungsminderung - Status nach akuter respiratorischer Insuffizienz mit Intubation Februar 2009 - Status nach Abszedierung, ventraler Pneumothorax rechts - Status nach Hospitalisation über mehrere Monate - normochrome, normozytäre Anämie - aus religiösen Gründen keine Blutprodukte erwünscht - Migräne accompagnée - substituionspflichtige Hypothyreose - Status nach Hashimotothyreoiditis - symptomatische Gastritis Typ A, bei axialer Hernie und Refluxoesophagitis

Dr. A.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit mehreren Jahren bei ihnen in Behandlung und Betreuung. Die letzte Konsultation habe am 11. November 2016 stattgefunden (S. 1 Mitte). Die genannten Diagnosen bestünden seit Jahren. Bei der Fibromyalgie handle es sich um eine chronische rheumatische Erkrankung mit wechselnd auftretenden Schmerzen der Muskulatur und der Sehnenansätze. Hinsichtlich der psychischen Situation sei auf die fachärztliche Stellungnahme von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, verwiesen (S. 2 oben). Dr. A.____ führte aus, trotz umfangreicher Therapiemassnahmen komme es immer wieder zu starken Schmerzexazerbationen. Da es auch keine gut wirksamen analgetischen Medikamente bei der Fibromyalgie gebe, seien auftretende Schmerzspitzen zwangsläufig mit einer Reduktion der Belastbarkeit und der Leistungsfähigkeit verbunden. Trotz grosser Motivation könne die Beschwerdeführerin nicht zuverlässig einer regelmässigen höherprozentigen Arbeit nachgehen. Aktuell sei die Arbeitstätigkeit als Hilfskraft in der Bibliothek an drei Tagen pro Woche jeweils für drei Stunden knapp machbar. Daneben müsse sie noch ihren Haushalt führen und den adoleszenten Sohn betreuen. Realistisch sei eine maximale Belastbarkeit von 10 % bis 15% (S. 2 Mitte).

E. 4.4

Dr. D.____

stellte in seinem Bericht vom 23. November 2016 (Urk. 10/120) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - generalisierte Tendomyopathie /Fibromyalgie bei chronischem cervikovertebralen /- cephalen Syndrom und chronischem Lumbovertebralsyndrom ; chronische Schmerzen - wiederholte Lungenentzündungen - rezidivierende depressive Episoden mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1) - substituierte Hypothyreose, Status nach akuter Thyreoiditis Hashimoto - Fatigue -Syndrom - generalisiertes Angstsyndrom (ICD- 10 F41.1) mit Panikattacken (ICD -10 F41.0)

im Rahmen einer ängstlich - vermeidenden und infantilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6; ICD-10 F60.8)

Dr. D.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 10. Mai 2006 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 22. November 2016 erfolgt (Ziff. 1.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Housekeeping - attendante bestehe seit dem 1. November 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % bis 100 % (Ziff. 1.6). Die Beschwerdeführerin sei durch körperliche Schmerzen und eine herabgesetzte körperliche und psychische Belastbarkeit eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Eingliederungsmassnahmen in einer leichten Tätigkeit seien auf ein Pensum von 50 % begrenzt (Ziff. 1.8).

Zum ärztlichen Befund führte

Dr. D.____ aus, es handle sich um eine kleine, zierliche, alleinerziehende geschiedene Frau, die sich über Schwäche, Schlafstörungen, Sorgen um den Sohn und über Zukunftsängste beklage. Periodisch habe sie schwere Depressionen. Zur Prognose führte Dr. D.____ aus, es sei nur eine Linderung der Symptome möglich (Ziff. 1.4).

E. 4.5

Am 2. Mai 2017 erstatteten Dr. med. E.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. F.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Dr. med. G.____ , Facharzt für Neurologie, Dr. med. H.____ , Assistenzärztin Klinik für Neurologie, und Dr. med. I.____ , Facharzt für Allgemein Innere Medizin, Z.____

ag ,

das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 10/130). Sie nannten zusammenfassend folgende Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 55 Ziff. 8.1.1.): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - chronische Kopfschmerzen im Rahmen des Fibromyalgie-Syndroms - möglicher zusätzlicher Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz, Differenzialdiagnose zusätzliche somatoforme Schmerzkomponente

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Migräne ohne Aura, ein Fibromyalgiesyndrom mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden und hoher Inanspruchnahme des medizinischen Systems, einen Status nach komplizierter Pneumonie im Februar 2009 mit abschliessender Rehabilitation in der der J.____ , eine Thyreoiditis Hashimoto, seit 2003 mit E ltroxin substituiert, aktuell euthyreot , und eine Neigung zu medikamenteninduziertem hyperazidem Reizmagen (S. 55 Ziff. 8.1.2 .).

Zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit führten die Gutachter aus, aus internistischer und rheumatologischer Sicht bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere Belastungen bei der Beschwerdeführerin keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für angelernte körperlich leichte bis mittel schwere Tätigkeiten ohne besondere Stressbelastungen. Polydisziplinär bestehe aus neurologischer und psychiatrischer Sicht unter Berücksichtigung der chronischen Kopfschmerzsymptomatik sowie der rezidivierenden depressiven Störung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine gesamthaft 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Dies auch unter Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte (S. 60 Ziff. 9.1.1 .).

Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht soweit retrospektiv beurteilbar seit der Begutachtung 2008 und aus neurologischer Sicht zumindest seit Erwähnung im IV-Bericht der Rheumatologie des C.____ vom 24. Juni 2013 unter Anführung der Diagnose einer Migraine

accompagnée (S. 60 Ziff. 9.1.2 .).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit führten die Gutachter aus, polydisziplinär bestehe aus neurologischer und psychiatrischer Sicht unter Berücksichtigung der chronischen Kopfschmerzsymptomatik sowie der rezidivierenden depressiven Störung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch für eine adaptierte Tätigkeit eine gesamthaft 20%ige Arbeitsunfähigkeit mit Beginn aus psychiatrischer Sicht, soweit retrospektiv beurteilbar, seit der Begutachtung im Jahr 2008 und aus neurologischer Sicht zumindest seit Erwähnung im IV-Bericht der Rheumatologie des C.____ vom 24. Juni 2013 (S. 61 Ziff. 9.2.1 .).

Aufgrund der chronischen Kopfschmerzen und der psychiatrischen Diagnosen sollte die Versicherte die Möglichkeit haben, kürzere Pausen einlegen zu können. Schichtarbeiten sollten vermieden werden, um einen regelmässigen Lebensrhythmus beziehungsweise chronobiologischen Rhythmus zu gewährleisten. Hinsichtlich der Tätigkeit sei eine Umsetzbarkeit in freier Wirtschaft anzustreben. Er schwerend seien dabei allenfalls versicherungsfremde Faktoren (S. 61 Ziff. 9.2.2.).

Prognostisch seien aktuell anhand des langjährigen und frustran anmutenden Verlaufs sowie der fraglichen Medikamentencompliance durch den aktuellen Fluoxetin-Spiegel keine sicheren Angaben möglich. Grundsätzlich bestünden bei der Versicherten trotz gewisser Handicaps weiterhin auch gute Ressourcen, jedoch seien diese hinsichtlich des chronischen Beschwerdebildes mit psychischer Komponente und Symptomausbau sowie derzeitig invalidisierendem Krankheitskonzept

insgesamt als eingeschränkt zu beurteilen (S. 62 Ziff. 9.4. .).

E. 5

. 3

Dass aufgrund der vom psychiatrischen Teilgutachter Dr. E.____

diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0),

die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin um 20% beeinträchtigt ist, wird durch die Prüfung der Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.3) bestätigt.

Da ihre Fähigkeit , alltägliche Verrichtungen auszuüben, erhalten geblieben ist, sie sozial gut integriert ist und Kontakte zu r Familie und Kolleginnen pflegt (vgl. Urk. 10/ 13 0 S. 32 Mitte) , fällt eine schwere Ausprägung des psychischen Leidens ausser

Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.1).

Hinsichtlich des Ausmasses der Schmerzstörung führte Dr. E.____ aus, dass die Versicherte in der psychiatrischen Exploration ausgeprägte Schmerzen ange geben habe, sich jedoch in der über 100 Minuten dauernden psychiatrischen Ex ploration, welche ohne Pausen stattgefunden habe, keine Anhaltspunkte für ein von aussen beobachtbares Schmerzerleben gezeigt hätten. Zudem habe die Schmerzsymptomatik im psychiatrischen Gespräch als verdeutlicht dargebracht imponiert (Urk. 10/130 S. 31 f. unten). Auffallend ist, dass Dr. E.____ wäh rend der psychiatrischen Untersuchung der Beschwerdeführerin keinerlei Schmerzverhalten beobachten konnte, sie sich aber bereits vor den somatischen Untersuchungen schmerzgepeinigt gab (vgl. Urk. 10/130 S. 37 Ziff. 5.1., S. 42 Ziff. 6.1) . Dr. E.____ führte denn auch aus, dass sich aus der gutachterlichen Zusammenschau bei der Beschwerde führerin mit einer überwiegenden Wahr scheinlichkeit der Verdacht für eine teilweise vorhandene Aggravation ergebe, die von einer Verdeutlichung, welche typisch bei somatoformen Störungen sei, abweiche.

Das Vorliegen einer hohen Selbstlimitierung bestätigte ebenfalls der rheumatologische Teilgutachter . Auch konnte Dr. E.____ die von der Be schwerdeführerin im Rahmen der depressiven Symptomatik angegebene Müdig keit und Kraftlosigkeit sowie Reduktion von Freude und Interessen anlässlich sei ner Untersuchung nicht verifizieren (vgl. Urk. 10/130 S. 33 Mitte , S. 53 Ziff. 7.9.). Weiter wies er auf die Diskrepanz hin, dass die Beschwerdeführerin geltend machte, kaum mehr etwas machen zu können, obwohl sie bereits drei Tage die Woche während zwei bis drei Stunden gearbeitet habe (vgl. Urk. 10/130 S. 32 unten).

Vom eigentlichen Krankheitsgeschehen abzugrenzen gilt es vorliegend die aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlichen psychosozialen Belas tungsprobleme. Als grundlegende psychosoziale Probleme wurden neben der Migrationsproblematik und den minimalen Deutschkenntnissen auch S chwierig keiten mit dem erwachsenen Sohn sowie finanzielle Probleme genannt. Erschwe rend erweist sich auch, dass die Beschwerdeführerin in der Schweiz ledigli ch für kurze Zeit erwerbstätig war , wobei sie den Umstand, dass ihre Ausbildung zur Hotelfachfrau in der Schweiz nicht anerkannt wurde, als belastend empfand (vgl. Urk. 10/130 S. 22 oben, S. 27 oben , S. 53 Ziff. 7.9.).

Daran, dass lediglich ein leicht ausgeprägtes Leiden vorliegt, ändert auch die Ge gebenheit nichts, dass die Beschwerdeführerin verschiedene ambulante und stationäre Behandlungen in Anspruch nahm und sich seit 2006 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. D.____ befindet (vg l. vorstehend E. 4.4 und E. 4.7) . Trotz an lässlich der Begutachtung bei Dr. E.____

weiterhin geklagter depressiver Symptome un d der Angabe, die antidepressive Medikation einzunehmen, wies der Medikamentenspiegel auf eine längere Nichteinnahme hin (vgl. Urk. 10/130 S. 35 oben) .

Ins Gewicht fällt hier auch das Krankheitskonzept der Beschwerde führerin, indem sie gegenüber Dr. E.____

äusserte, sie wolle, dass die Menschen verstünden, dass sie krank sei (Urk. 10/130 S. 25 Ziff. 3.5.), welches eine erhöhte Inanspruchnahme von medizinischen Massnahmen und Therapien begünstigt. Vor diesem Hintergrund lässt die Inanspruchnahme von Therapien keine zuverlässigen Rückschlüsse zu.

Zum Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. E.____ befand sich die Beschwerdeführerin überdies in einem Eingliederungsprojekt, wo sie dreimal pro Woche für zwei bis drei Stunden in einer Bibliothek arbeitete (Urk. 10/130 S. 35 Mitte).

Was allfällige Komorbiditäten anbelangt, wurde

weder aus internistischer noch aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Der neurologische Gutachter der Z.____

ag

ging jedoch infolge der chronischen Kopfschmerzen von einer Leistungsminderung in jeglicher Tätigkeit von maximal 20 % aus. Diese Komorbidität wurde jedoch von den Gutachtern der Z.____

ag nicht als additiv gewertet, sodass sie sich gesamtthaft nicht relevant auswirkt (vgl. vorstehend E. 4.5).

Was die zu prüfenden strukturellen Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsproblematik anbelangt, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnte, konnte Dr. E.____ die von Dr. D.____ gestellte Diagnose einer ängstlich-vermeidenden und infantilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6; F60.8) nicht bestätigen.

Nach genauer Auseinandersetzung mit der Anamnese hielt Dr. E.____ fest, dass sich weder anlässlich der aktuellen Exploration noch im Längsschnitt ein Anhalt für eine spezifische Persönlichkeitsstörung finde, zumal die Beschwerdeführerin lebensgeschichtlich eine normale Entwicklung in Ecuador gezeigt habe und erst im Zuge des Unfalls eine Veränderung in Form einer depressiven Störung berichtet worden sei, es ihr jedoch im weiteren Verlauf gelungen sei, wieder beruflich und sozial Fuss zu fassen, so dass von keiner tiefgreifenden oder verwurzelten Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden könne. Zudem hätten sich im Verlauf mit der Karriere als Spitzensportlerin ebenfalls keine Elemente einer ängstlich-vermeidenden Symptomatik gezeigt. Auch aktuell seien solche bei Abhandlung der Diagnosekriterien gemäss ICD-10 zu verneinen (vgl. Urk. 10/130 S. 30 f.).

Was die persönlichen Ressourcen anbelangt, so hielt Dr. E.____ fest, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich mit einer lebenspraktischen und kommunikativen Kompetenz ausgestattet sei. Zudem verfüge sie über eine in Ecuador abgeschlossene universitäre Ausbildung zur Hotelfachfrau und habe sich durchaus in der Lage gezeigt, sich nach ihren Möglichkeiten für ihre Interessen einzusetzen und diese auch durchzusetzen (vgl. Urk. 10/130 S. 34 Mitte).

Zum sozialen Kontext hielt Dr. E.____ fest, es liege ein soziales Netzwerk vor. So stehe die Beschwerdeführerin via Skype und Whatsapp in regelmässigen Kontakt zu ihren Eltern in Ecuador. Zuletzt sei sie im Oktober 2016 für rund drei Wochen in Ecuador gewesen, wobei Kollegen und die Geschwister für sie und ihren Sohn das Flugticket bezahlt hätten. Sie treffe sich öfters mit ihrer in der Schweiz lebenden Schwester. Die anderen in Mailand

lebenden Geschwister treffe sie rund zweimal pro Jahr und stehe auch zu ihnen via Skype und Whatsapp in regelmässigem Kontakt (vgl. Urk. 10/130 S. 21 Ziff. 3.1.1.).

Weiter gab die Beschwerdeführerin an, dass sie etwa vier gute Kolleginnen habe, mit welchen sie sich treffe und etwa einmal im Monat einen Grosseinkauf mache und dass sie nach der Scheidung im Jahr 2010 zwei Beziehungen gehabt habe, welche dann aber auseinandergegangen seien (Urk. 10/130 S. 22 Mitte).

Damit enthält der soziale Lebenskontext aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine ressourcenhemmenden Aspekte.

Soweit die Beschwerdeführerin angegeben hat, dass sie im Haushalt nicht mehr alles selber machen könne und der Sohn staubsaugen und die Wäsche sowie den Wäschekorb tragen müsse, sie lediglich noch kochen könne, sind diese Äusserungen vor dem Hintergrund der Selbstlimitierung und der beschriebenen Aggravationstendenzen zu relativieren (vgl. Urk. 10/130 S. 22 f. Ziff. 3.1.3.-3.1.4.). Auch

war es ihr möglich, selbständig mit dem Zug zur Begutachtung anzureisen oder mit Kolleginnen mit dem Auto nach Deutschland zum Einkauf mitzufahren (vgl. Urk. 10/130 S. 36 unten).

Zusammenfassend erscheint das von Dr. E.____

anhand eines strukturierten normativen Prüfrasters beurteilte tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin von 80 % in ihrer angestammten und in jeder angepassten Tätigkeit als nachvollziehbar und vermag zu überzeugen.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung auf die Einschätzung durch die Z.____ - Gutachter vom Mai 2017 (vgl. vorstehend E. 4.5), welche bei diagnostizierter anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) sowie chronischen Kopfschmerzen im Rahmen des Fibromyalgiesyndroms

von einer generellen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 20 % ausgingen (vgl. vorstehend E. 2.1).

E. 5.2

Auf die Einschätzung der Z.____ -Gutachter in ihrem Gutachten vom Mai 2017 kann vorliegend abgestellt werden. So werden die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden berücksichtigt und die Gutachter setzten sich mit diesen sowie mit ihrem Verhalten umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.8).

Während aus rheumatologischer und internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, resultierte aus neurologischer Sicht aufgrund der Kopfschmerzsymptomatik eine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %, welche jedoch nicht additiv zu der aus psychischer Sicht resultierenden Einschränkung in eben dieser Höhe hinzugefügt wurde.

Hinsichtlich der Ausführungen des langjährig behandelnden Rheumatologen Dr. A.____

vom November 2016 und 2017 (vgl. vorstehend E. 4.3 und E. 4.6) decken sich seine gestellten Diagnosen im Wesentlichen mit jenen der Gutachter der Z.____

ag . Soweit er jedoch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leichter Tätigkeit zunächst mit 10 % bis 15 % und dann mit maximal 30 % bis 40 % beziffert, handelt es sich dabei um eine andere Einschätzung desselben Sachverhaltes, welche insbesondere auch in der unterschiedlichen Gewichtung der Aspekte der Selbstlimitierung und der Aggravation der Beschwerden gründete. Dr. A.____

schloss im Gegensatz zu den Z.____ -Gutachtern eine Aggravation der Beschwerden aus und stützte sich bei labormässig und auch bildgebend unauffälligen Befunden vollumfänglich auf die subjektiven Beschwerdebefunde der Beschwerdeführerin . Hinsichtlich seiner Ausführungen vom November 2016, dass die Beschwerdeführerin neben ihrer Tätigkeit in der Bibliothek noch den Haushalt führen und ihren erwachsenen Sohn betreuen müsse, ist zu bemerken, dass es sich hierbei um aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtliche Aspekte handelt.

E. 5.4

Die Schlussfolgerungen von Dr. E.____ vermögen auch die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ vom November 2016 und 2017 (vgl. vorstehend E. 4.4 und E. 4.7) nicht in Zweifel zu ziehen, zumal in seinen Berichten eine objektive Befunderhebung fehlt, welche die gestellten Diagnosen erklären würde oder Rückschlüsse auf die Schwere des Leidens der Beschwerdeführerin zuliesse .

Die objektive Befunderhebung erschöpfte sich im Wesentlichen in der Wiedergabe der von der Beschwerdeführerin geschilderten psychosozialen Belastungssituation. Zudem nahm er eine Vermischung von somatischen und psychiatrischen Diagnosen vor.

E. 5.5

Aufgrund des Gesagten ist gestützt auf das Z.____ -Gutachten vom Mai 2017 davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2008 sowohl in ihrer angestammten als auch in jeder angepassten Tätigkeit im Umfang von 20 % eingeschränkt ist. Damit resultiert kein rentenanspruchsbegründender Invaliditätsgrad (vgl. vorstehend E. 1.6-7), da sich bei einem Prozentvergleich der Grad der Invalidität aus dem Anteil der Erwerbsunfähigkeit ergibt.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

.

E. 6.1

Zu prüfen bleibt der Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1).

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung erfüllt , wenn der Prozess nicht aussichtslos und die Partei bedürftig

ist (BGE

103

V

46, 100

V

61, 98

V 115).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist ausgewiesen (Urk. 16/4). Da auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, ist ihr in Bewilligung ihres Gesuchs vom 1 . März 2018 (Urk. 1 S. 1) die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

E. 6.2

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.3

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst :

In Bewilligung des Gesuchs vom 1. März 2018 wird der Beschwerdeführer in die unentgeltliche Prozessführung bewilligt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y. ___ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

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