

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00552 vom 8. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00552

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00552 du 8 mars 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00552 del 8 marzo 2022

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 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, her abgesetzt 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 Hinweisen). 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). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.4

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 145 V 215 E. 5.1, 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall 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).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinerner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit

bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungssträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 01.2021 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 14. September 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Juli 2021 (Urk. 2) und beantragte, es sei festzustellen, dass sie Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung habe, und die Sache sei zur Abklärung des Umfangs der Leistungen an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. I.2 3). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2021 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), worauf mit Gerichtsverfügung vom 9. November 2021 antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. I.4) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, am 7. Mai 2019 sei die letzte Anmeldung abgewiesen worden (S. 1). Gemäss dem Gutachten vom 4. Februar 2021 liege weiterhin keine gesundheitliche Beeinträchtigung vor, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich und langandauernd einschränke. Dabei seien alle geäusserten Beschwerden und Befunde berücksichtigt worden. Hinweise auf eine eigenständige neurologische Erkrankung hätten sich nicht ergeben. Die von Dr. Y.____ im Dezember 2019 aufgeführten Beschwerden seien durch die orthopädische Untersuchung im Rahmen der Begutachtung vollumfänglich abgedeckt und objektiv beurteilt worden. Es bestehe kein Leistungsanspruch (S. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein (Urk. 1),
trotz über sechsjähriger intensiver Therapie und medikamentöser Behandlung sei keine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten, sondern eine Verschlechterung. Es könnten auch keine psychosozialen Gegebenheiten dafür verantwortlich gemacht werden, da sie mittlerweile geschieden sei. Weiter bestehe ein erheblicher Unterschied in der neurologischen Diagnose, aus Sicht des Neurologen Dr. Y.____

bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der Beschwerden im Zusammenhang mit der Halswirbelsäule bestehe auch eine neue somatische Diagnose (S. 5 f. Ziff. 2.3). Das Gutachten der Gutachtenstelle Z.____ erweise sich zudem aus verschiedenen Gründen als unvollständig, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne (S. 6 Ziff. 2.4). Es sei nicht nachvollziehbar, inwiefern der psychiatrische Gutachter aufgrund einer einmaligen Konsultation zu einer präzisen Diagnose kommen könne als die behandelnde Fachperson. Umso mehr, als die Konsultation gerade einmal eine halbe Stunde gedauert habe und die Übersetzung mit einer Mazedonisch-Dolmetscherin ungenügend verlaufen sei (S. 6 f. Ziff. 2.5). Im Gutachten fehle sodann eine vertiefte Auseinandersetzung mit den neurologischen Befunden. Obschon nach Einschätzung des neurologischen Facharztes eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe, sei eine entsprechende Prüfung unterblieben (S. 7 f. Ziff. 2.6). Die Depression habe sich zudem zu einem selbständigen Krankheitsbild entwickelt, sei komorbid und bisher therapieresistent (S. 8 Ziff. 2.7).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Anspruchsprüfung im Mai 2019 (Urk.

E. 6

/ 61) verschlechtert hat und nun ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht. 3. 3. 1

Für ihren Entscheid im Rahmen der Rentenprüfung im Mai 2019 stützte sich die Beschwerdeführerin insbesondere auf den Bericht des Medizinischen Zentrums A.____ vom 2. September 2018 (Urk. 6/51/6-8). Darin hatten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, einen Status nach Tumordiagnose 2011 sowie ein lumbovertebrales Syndrom diagnostiziert (S. 2 Ziff. 2.5).

Es liege eine depressive Symptomatik mit Rückzug, Kraftlosigkeit, Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Gedankenkreisen, Konzentrations- und Schlafstörungen, Vergesslichkeit,

Thermodysmregulation, Stimmungslabilität, erhöhter Ermüdbarkeit sowie negativen Zukunftsperspektiven vor. Die Beschwerdeführerin sei aktuell vollständig arbeitsunfähig auch für angepasste Tätigkeiten (S. 1). Die gegenwärtige Behandlung umfasse eine medikamentöse Therapie sowie Psychotherapie (S. 2 Ziff. 2.8). 3.2

RAD-Arzt Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt am 4. Januar 2019 fest, im Oktober 2015 sei ein Anspruch auf Leistungen verneint worden, da kein langanhaltender Gesundheitsschaden gegeben gewesen sei, welcher die Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere Tätigkeiten einschränke. Als Diagnosen seien damals ein Status nach serös-papillärem

Ovarial-Karzinom beidseits ohne Hinweis auf ein Rezidiv, ein Lipom am Rücken rechts, eine Lumboischialgie links mit breitbasiger Diskushernie L5/S1 sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, festgestellt worden. Neu sei im November 2017 ein Aneurysma der Aorta ascendens gefunden worden. Da ein beobachtendes Vorgehen mit jährlichen Kontrollen gewählt worden sei, verursache dieses Aneurysma keine Arbeitsunfähigkeit. Auch der bekannte Diabetes mellitus II verursache keine Arbeitsunfähigkeit. Gemäss Bericht der Frauenklinik des Spitals C.____

vom 17. Juli 2018 bestehe sodann keine Arbeitsunfähigkeit aus gynäkologischer Sicht (Urk. 6/59 S. 3). Die Skelettbefunde seien unverändert und die Depression werde von den Ärzten des A.____ im Ausmass gleich wie im Jahre 2014 eingeschätzt. Daher seien aus versicherungsmmedizinischer Sicht auch diesbezüglich keine Änderungen der Einschätzung festzustellen. Insgesamt könne damit eine unveränderte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festgehalten werden (S. 4). 4. 4.1

Im Rahmen der Neuanmeldung im Februar 2020 liegen folgende Berichte vor. 4.2

Die Ärzte des A.____

führten in ihrem Bericht vom 5. August 2019 (Urk. 6/70/4-5) aus, die Beschwerdeführerin leide seit der Tumordiagnose im Jahre 2011 und der anschliessenden sechsmonatigen Chemotherapie unter Depressionen. Sie klage über Thermodyregulation, Rückzug, Kraftlosigkeit, Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Gedankenkreisen, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie Vergesslichkeit. Somatisch würden ansonsten gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin keine Befunde vorliegen. Nach der Trennung vom Ehemann im März 2019 müsse sie den Haushalt jetzt alleine verlangsamt machen (Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin benötige langfristig psychotherapeutische Behandlung, eine solche finde aktuell bereits regelmässig statt (Ziff. 1.2-3). Seit dem Jahre 2010 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Bei schlechter Prognose und deutlich chronifiziertem Zustandsbild sowie gescheitertem Beschäftigungsprogramm sei nicht von einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Ziff. 1.7). Derzeit sei eine Verschlechterung der Depression erkennbar. Die Beschwerdeführerin sei sehr motiviert, wieder arbeiten zu können, aber die Prognose sei aufgrund der Chronifizierung und der Progredienz schlecht (Ziff. 1.8). 4.3

In ihrem Bericht vom 17. Dezember 2019 nannten die Ärzte des A.____ folgende interdisziplinären Diagnosen (Urk. 6/72 S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Status nach Tumordiagnose 2011 - zervikozephalales Syndrom - lumbovertebrales Syndrom

Seit Jahren leide die Beschwerdeführerin an einem zervikal und lumbal betonten Panvertebralsyndrom. Wegen eines ovariellen Tumors habe sie eine grössere abdominale Operation durchgemacht und sei nun generell sehr geschwächt. Sie könne insbesondere keine mittel- bis schweren Arbeiten mehr durchführen. Die Arbeitsfähigkeit beschränke sich auf angepasste Tätigkeiten mit leichter Arbeit (S. 1). Seit der Tumordiagnose im Jahre 2011 leide sie unter Depressionen sowie damit einhergehend unter Thermodyregulation, Kraftlosigkeit Lust- und Interesse losigkeit, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit (S. 2). Es werde empfohlen, die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zur Stabilisierung und Prävention fortzusetzen. Sowohl in der angestammten Tätigkeit als Schneiderin als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe insgesamt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 8). 4.4

Am 29. Mai 2020 führten die Ärzte des A.____ aus, die Beschwerdeführerin habe sich Ende Mai 2019 von ihrem Ehemann getrennt, was zu einer Erleichterung geführt habe. Die Depression persistiere jedoch trotzdem, nun bestehe auch die Notwendigkeit einer medikamentösen, antidepressiven Behandlung. Die Beschwerdeführerin sei ständig müde, habe immer Schmerzen. Sie fühle sich ängstlich, sei hyperaktiv und leide unter Gedankenkreisen bezüglich einer möglichen Wiederkehr der Krebserkrankung. Ausserdem leide sie unter Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Nervosität, Thermodyregulation, Kraft

losigkeit, Lust- und Interesselosigkeit, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Nach der Chemotherapie habe sie sich nie mehr richtig erholen können, die Depression erweise sich trotz Antidepressivum als bisher therapieresistent (Urk. 6/84 S. 2). Insgesamt sei im Gegensatz zur Einschätzung durch Dr. B. ___ eine deutliche Auswirkung der Störungen auf die Arbeitsfähigkeit gegeben. Der Haushalt sei verlangsamt noch machbar, eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aber nicht mehr möglich. Die Beschwerdeführerin sei auch für angepasste Tätigkeiten voll ständig arbeitsunfähig (S. 4).
4.5

Am 25. November 2020 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin orthopädisch sowie psychiatrisch begutachtet. In ihrem Gutachten vom 25. Januar 2021 (Urk. 6/99 S. 7 Ziff. 4.2.a) stellten

die Begutachtungsinstituts Z. ___ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte sodann folgende (S. 7 Ziff. 4.2.b): - leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, Belastung, nicht andernorts klassifizierbar - in der Eigenanamnese bösartige Neubildungen - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - radiologisch mehrsegmentale lumbale Degeneration ohne klaren Hinweis für eine Neurokompression - klinisch kein höhergradiges funktionelles Defizit

Im Rahmen der Konsensbeurteilung führten die Gutachter zusammenfassend aus, bei der psychiatrischen Untersuchung habe eine depressive Episode in leichtgradiger Ausprägung festgestellt werden können. Die Beschwerdeführerin habe Angst, erneut an einem Tumor zu erkranken. Die psychiatrischen Diagnosen bedingten jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer Aushilfstätigkeit wie zuletzt ausgeübt. Bei der orthopädischen Untersuchung zeige sich eine weitgehend freie Beweglichkeit in sämtlichen Abschnitten, desgleichen an allen Extremitäten mit Ausnahme der verminderten Innenrotation der rechten Hüfte. Es hätten Inkonsistenzen in unterschiedlichen Untersuchungssituationen bestanden und drei von fünf Waddell-Zeichen seien positiv gewesen. Radiologisch seien mehrsegmentale degenerative Veränderungen der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule einschliesslich einer leicht- bis mässiggradigen

lumbo sakralen Spinalkanalstenose, nicht aber radikuläre Affektionen festgehalten. Aus orthopädischer Sicht bestehe für körperlich leicht bis selten mittel schwere Tätigkeiten, einschliesslich der als angestammt anzusehenden Tätigkeit im Haushalt, eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis selten 15 kg sei zu vermeiden (S. 8 Ziff. 4.3). Für die als angestammt anzusehende Tätigkeit im Haushalt und für andere körperlich leichte bis selten mittelschwere Aushilfstätigkeit, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis selten 15 kg, bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit und die Beschwerdeführerin könne in einer solchen Tätigkeit während acht Stunden pro Tag ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit anwesend sein (S. 8 Ziff. 4.6.1-2). Es bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 8 Ziff. 4.6.3). Auch retrospektiv habe für derartige Tätigkeiten keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden (S. 9 Ziff. 4.6.4). Aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin, der nur schlechten deutschen Sprachkenntnisse, der fehlenden Ausbildung und auch der Krankheitsüberzeugung seien berufliche Massnahmen nicht sinnvoll durchführbar (S. 9

Ziff. 4.10).

In seinem Teilgutachten hielt Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die Beschwerdeführerin stamme aus E.____, sie habe keine Berufsausbildung absolviert. Ihren Angaben nach spreche sie kaum Deutsch und es bestünden nur wenige psychosoziale Kontakte. Zwei Beziehungen seien gescheitert, die 34-jährige Tochter lebe in E.____. Als für die Beschwerdeführerin sehr belastend sei die im Jahre 2010 aufgetretene Tumorerkrankung anzusehen. Sie gehe seit Jahren keiner beruflichen Tätigkeit mehr nach und beziehe Sozialhilfe. Aus den genannten Belastungsfaktoren, welche zum grossen Teil jedoch als invaliditätsfremd anzusehen seien, habe sich eine zumindest leichtgradige Depression entwickelt, welche sich jedoch in der aktuellen Untersuchung in allenfalls leichtgradiger Ausprägung zeige (S. 24 Ziff. 7.1, S. 26 Ziff. 7.4). Seit sechs Jahren finde eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung statt. Die Therapiesprache fänden jedoch auf Deutsch statt, was angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin kaum Deutsch spreche, verwundere. Es bestehe zudem eine antidepressive Behandlung mit 20 mg Ciprexal und Relaxane. Die Beschwerdeführerin nehme die Medikamente regelmässig ein und verspüre hierunter eine Stabilisierung (S. 25 Ziff. 7.2). Sie schildere ihre Beschwerden äusserst detailliert, unterstrichen mit einer lebhaften Gestik und Mimik. Es bestünden deutliche Tendenzen zu Aggravation und Verdichtung der Beschwerde. Sie habe zudem durchgehend Insuffizienzgedanken angegeben, sowohl bezüglich der aktuellen Situation als auch der Zukunft, es zeigten sich hier erhebliche selbstlimitierende Tendenzen (S. 25 Ziff. 7.3.1). Es bestehe keine von sinnvollen Aktivitäten angefüllte Freizeitgestaltung, vor allem durch den Umstand, dass die Beschwerdeführerin als einer Risikogruppe angehörig wegen der Corona-Krise das Haus kaum noch verlasse (S. 25 Ziff. 7.3.2). Aus den vorliegenden Berichten des A.____ ergebe sich, dass bereits im Jahr 2018 eine Medikation mit damals noch 10 mg Escitalopram beschrieben worden sei, im Jahre 2019 sei die Medikation auf 20 mg erhöht worden. Auffallend sei zudem, dass sich die erhobenen Befunde in den Berichten vom Juni 2014, Januar 2015 und September 2018 bis auf den Wortlaut gleichen würden. Im Bericht vom 5. August 2019 werde zwar von einer Verschlechterung der Depression berichtet, ein psychopathologischer Befund sei jedoch nicht erhoben worden. Aus dem Arztbericht vom 29. Mai 2020 gehe sodann hervor, dass die Stimmungslage depressiv-resigniert und die Beschwerdeführerin in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt und eingeschränkt sei. Derartige Symptome hätten jedoch in der aktuellen Untersuchung nicht festgestellt werden können (S. 25 Ziff. 7.3.3). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, in Aushilfs-tätigkeiten mit einem Pensum von acht Stunden pro Tag an fünf Tagen in der Woche tätig zu sein (S. 26 Ziff. 8.1.1). Sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit (S. 26 Ziff. 8.1.3 und 8.2.4). Es würden sich keine Hinweise auf eine in den letzten Jahren eingeschränkte Arbeitsfähigkeit ergeben (S. 26 Ziff. 8.1.4 und 8.2.5).

Der orthopädische Teilgutachter Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte aus, die Beschwerdeführerin klage über rund um die Uhr auftretende, unablässig zunehmende Beschwerden unter anderem sämtlicher Abschnitte des Bewegungsapparates ohne klares Punctum

maximum. Die Symptomatik habe vor mehreren Jahren aufgrund einer Chemotherapie eingesetzt und führe zu massiven Einschränkungen im Alltag. Sie könne keine klaren lindernden Faktoren nennen, nehme aber dennoch in unklar bleibender, womöglich hoher

Dosierung Analge tika ein. Seitens des Bewegungsapparates werde sie zweimal monatlich durch den Allgemeinchirurgen Dr. G. ___ betreut (S. 34 Ziff. 7.1). Anamnestisch scheine es, dass auf Ebene des Bewegungsapparates seit längerer Zeit keine spezifischen Massnahmen erfolgt seien (S. 35 Ziff. 7.2). Auf orthopädischer Ebene sei das Gangbild auf Treppe und ebenem Terrain mitsamt den geprüften Varianten weit gehend unauffällig. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine weit gehend freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, desgleichen an allen Extremitäten mit Ausnahme der verminderten Innenrotation der rechten Hüfte. Die Beschwerdeführerin berichte äusserst diffus und sprunghaft über ihre generalisierten Beschwerden, wobei trotz wiederholter Nachfrage kaum Einzelheiten in Erfahrung zu bringen seien. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen könne bei ausreichender Kooperation soweit problemlos durchgeführt werden. Bei der Prüfung der unteren Extremitäten in Rückenlage komme es zur Angabe zeitweise massivst ausgeprägter lumbosakraler Schmerzen, während die forcierte Vornahme derselben Manöver in sitzender Position ohne jeglichen ersichtlichen Leidensdruck gelinge. Auch das Aus- und Anziehen erfolge sehr flüssig und trotz ihres Übergewichts stemme die Beschwerdeführerin im Langsitz den Oberkörper mit beiden Armen spontan und zügig hoch, um ihre Position zu verändern, was mit einer höhergradigen funktionellen Einschränkung der oberen Extremitäten kaum vereinbar sei. Während das spontane Bücken ohne ersichtlichen Leidensdruck gelinge, bereite es im Rahmen der gezielten Prüfung offenbar erhebliche Beschwerden. Drei von fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Auf radiologischer Ebene seien mehrsegmentale degenerative Veränderungen der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule einschliesslich einer leicht- bis mässiggradigen

lumbosakralen Spinalkanalstenose, nicht aber radikuläre Affektionen festgehalten worden. In Anbetracht des klinisch objektiv weitgehend blanden Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich das anamnestisch und klinisch äusserst diffus und widersprüchlich präsentierte Geschehen durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls klar begründen lasse. Grundsätzlich nachvollziehbar seien lumbosakrale Rückenschmerzen bei hoher körperlicher Belastung, doch würden die ausgeprägten Inkonsistenzen während der körperlichen Untersuchung und insbesondere die anamnestische Präsentation an eine dezidiert im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponekte denken lassen (S. 35 Ziff. 7.3.1). Die im Alltag bezüglich des Bewegens hoher Lasten geltend gemachten Einschränkungen könnten soweit nachvollzogen werden (S. 35 Ziff. 7.3.2). Für körperlich leichte bis selten mittelschwere Verrichtungen einschliesslich der wahrscheinlich als angestammt anzusehenden Tätigkeit im Haushalt könne auf Ebene des Bewegungsapparates von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis selten 15 kg sei dabei zu vermeiden (S. 36 f. Ziff. 7.4 und 8.1.1). Für derartige Verrichtungen habe auch in der Vergangenheit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden (S. 37 Ziff. 8.1.4). 4.6

Am 25. Juni 2021 hielt Dr. B. ___ fest, der orthopädischen Gutachter habe keine Hinweise auf eine eigenständige neurologische Erkrankung gefunden. Die von Dr.

Y. ___ im Dezember 2019 aufgeführten Beschwerden eines chronischen Schmerzsyndroms, einer chronischen Radikulopathie L4/S1 beidseits bei Spinalkanalstenose, von Beckenschmerzen sowie einer Periarthropathie seien keine

spezifischen, eigenständigen neurologischen Beschwerden und Einschränkungen. Diese Befunde seien durch die orthopädische Begutachtung voll abgedeckt und objektiv beurteilt worden. Es sei daher keine erneute oder zusätzliche Begutachtung notwendig (Urk. 6/1 1 1 S. 2). 4.7

Am 11. September 2021 nahmen die Ärzte des A.____ Stellung zum psychiatrischen Teil des Z.____ -Gutachtens und führten aus, abgesehen von der deutlich mangelhaften Übersetzung würden als Symptome ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit Panik, Angst vor erneuter Erkrankung, Vergesslichkeit, Suizidideen und Schlafstörungen genannt (Urk. 3/2 S. 1 Ziff. 2). Obschon die Depression seit dem Jahre 2014 vordiagnostiziert und im Verlauf der Behandlung verifiziert worden sei, werde in den psychiatrischen Untersuchungsbefunden als Eindruck in der Exploration kein ausgeprägter depressiver Affekt und keine Angst festgestellt, was sich dann auch in den Diagnosen auswirke. Offenbar habe die festgestellte leichte depressive Episode sowie die vorgebrachten Probleme mit der Lebensbewältigung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f. Ziff. 3). Gegenstand der begründeten Verschlechterung des Zustandes der Beschwerdeführerin sei eine zunehmende und deutliche Auswirkung der bestehenden psychiatrischen und somatischen Störungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dabei sei unerheblich, ob sich die Diagnosen geändert hätten oder nicht und ob sich die Problembeschreibungen ähnelten (S. 2 Ziff. 4). Es sei ein Fakt, dass der Haushalt nur noch sehr verlangsamt machbar sei. Nach 30 Minuten müsse sie absitzen, sie koche nur Fertiggerichte. Eine Nachbarin helfe ihr. Dazu kämen von psychischer Seite Ängste, Nervosität und Rückzug. Die Beschwerdeführerin sei ständig müde, habe immer Schmerzen. Auch leide sie an starken Hand- und Fusschmerzen, Gedankenkreisen, Nervosität, Antriebslosigkeit, Lust- und Interesselosigkeit, vollständigem Verlust von Selbstvertrauen, Schuldgefühlen, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Damit seien die Kriterien für eine mittelgradige Depression erfüllt (S. 2 Ziff. 5). Der letzte Arbeitsversuch im März 2014 habe wegen Schmerzen und Schwindel, massiven Ängsten wegen der Tumorerkrankung, deutlichem Verlust von Aufmerksamkeit sowie deutlicher Vergesslichkeit abgebrochen werden müssen (S. 2 Ziff. 6). Dazu finde sich eine Therapieresistenz, die Beschwerdeführerin könne im Rahmen der Depression und der damit verbundenen Krankheitsbefürchtungen nicht stationär psychiatrisch behandelt werden (S. 2 Ziff. 7). Die vorgebrachten invaliditätsfremden Gründe (Tumorerkrankung, keine berufliche Tätigkeit seit zwei Jahren, Sozialhilfebezug, Tochter lebe in

E.____, fehlende Berufsausbildung, zwei gescheiterte Beziehungen) seien nicht ursächlich für die mittelgradige depressive Episode und deren deutlich zunehmende Auswirkung auf den Alltag und die Arbeitsfähigkeit. Die Depression habe sich inzwischen zu einem selbständigen Krankheitsbild entwickelt, sei komorbid und bisher leider therapieresistent. Hauptsymptom sei die Antriebslosigkeit, die Lust- und Interesselosigkeit sowie das deutliche Stimmungstief. Insgesamt sei bei genauer Prüfung der Symptomatik daher eine Verschlechterung ausgewiesen, die mittelgradige Depression habe immer mehr Auswirkungen auf den Alltag und die Arbeitsfähigkeit (S. 2 unten). 5. 5. 1

Für die Beurteilung des Leistungsanspruches ging die Beschwerdegegnerin insbesondere gestützt auf das Z.____ -Gutachten davon aus, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen und die Beschwerdeführerin damit in ihrer Arbeitsfähigkeit weder erheblich noch langandauernd eingeschränkt ist (E. 2.1).

Das Gutachten erfüllt die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich und die Beurteilung erweist sich, wie nachfolgend zu zeigen ist, insgesamt als zutreffend. 5. 2

Soweit die Beschwerdeführerin gegen das Gutachten zunächst in formeller Hinsicht vorbrachte, die Begutachtung sei in Anwesenheit einer Mazedonisch-Dolmetscherin erfolgt und die Übersetzung damit mangelhaft verlaufen (E. 2.2), ist einerseits darauf zu verweisen, dass sowohl die bulgarische als

auch die mazedonische Sprache zur Gruppe der südslawischen Sprachen gerechnet werden und sich sehr nahe sind.

Die beiden Sprachen stimmen im Lautstand, in der Flexion und in der Syntax durchaus überein, so dass einige Wissenschaftler die mazedonische Sprache, obwohl im früheren Jugoslawien gelegen, als Bulgarisch charakterisieren und zum Schluss gelangen, dass die mazedonische Sprache keine neue Sprache ist, sondern eine bulgarische Mundart. In Bulgarien ist diese Betrachtungsweise für die Klassifikation der Sprache noch heute allgemein üblich. Die Autoren eines im Februar 2021 veröffentlichten Buches zum Sprachenstreit zwischen Bulgarien und der Republik Nordmazedonien ermittelten den Anteil der Wörter in der mazedonischen Sprache, die sich von denen in der bulgarischen Sprache unterscheidet, zwischen 7 und 10 %, nur 10 % sind Dialektwörter, die in Bulgarien nicht verwendet werden. Auch wenn die mazedonische heute eine voll ausgebaute, für Äusserungen in allen Lebensbereiche gerüstete Standardsprache ist und mittlerweile beide Idiome als eigenständige Sprachen angesehen werden, ist eine Verständigung mit den Sprechern des Bulgarischen problemlos möglich. Der Unterschied zwischen Mazedonisch und Bulgarisch ist sodann in der Schriftsprache grösser als in der gesprochenen Sprache (vgl. Eintrag Wikipedia zur Mazedonischen Sprache).

Insgesamt ist somit ohne Weiteres davon auszugehen, dass von der Anwesenheit einer Dolmetscherin für Mazedonisch anstatt für Bulgarisch nicht grundsätzlich auf schwerwiegende Probleme bei der Übersetzung geschlossen werden kann.

Zu den konkreten Umständen anlässlich der Begutachtung

hielt der psychiatrische Fachgutachter fest, die Untersuchung habe mit Hilfe einer Dolmetscherin für Mazedonisch stattgefunden, da die Beschwerdeführerin angebe, kaum Deutsch zu sprechen oder verstehen (Urk. 6/99 S. 23 Ziff. 4.2). Der orthopädische Gutachter sodann berichtete, die Untersuchung sei auf Wunsch der Beschwerdeführerin mit Hilfe einer Mazedonisch-Dolmetscherin erfolgt, die Beschwerdeführerin spreche jedoch nur bulgarisch. Letztlich sei die Konversation ebenso gut in deutscher Sprache erfolgt (Urk. 6/99 S. 31 Ziff. 4.2).

Bezüglich der Sprachkenntnisse der Beschwerdeführerin ist weiter darauf hinzu weisen, dass diese seit Jahren durch die Ärzte des A.____ ohne Beizug eines Dolmetschers behandelt wird und sich aus keinem der vorliegenden Berichte Hinweisen auf Verständigungsprobleme ergeben (vgl. Urk. 6/51, Urk. 6/70/4-5, Urk. 6/72, Urk. 6/84). Letztmals erwähnten die Ärzte der Dermatologischen Klinik des Universitätsspitals H.____

in einem Bericht vom 16. Mai 2017, dass die Kommunikation trotz Übersetzer erschwert sei (Urk. 6/43/5).

Insgesamt ist damit davon auszugehen, dass die Verständigung anlässlich der Begutachtung in ausreichendem Masse möglich war. Dies hat umso mehr zu gelten, als dass die Beschwerdeführerin keine konkreten Angaben dazu machte, welche Aspekte und Bereiche der Anamnese und Befunde zufolge der Verständigungsprobleme nicht korrekt erhoben worden seien (vgl. Urk. 1 S. 7 oben, S. 8 oben). 5 . 3

Betreffend die somatischen Beschwerden brachte die Beschwerdeführerin vor, sie hätte auch neurologisch begutachtet werden sollen, und stützte sich dabei insbesondere auf den Bericht des A.____ - Arztes

Dr. med. Y.____, Facharzt für Neurologie. Dieser hatte im Bericht vom 17. Dezember 2019 (Urk. 6/72) seit dem Jahre 2011 bestehende Rücken- und Gelenkschmerzen, Ganzkörperschmerzen, Angstzustände, Schlafprobleme, eine Tagesmüdigkeit, Unruhezustände und Depressionen beschrieben (S. 2), wobei davon lediglich die Rücken-, Gelenk- und Ganzkörperschmerzen den neurologischen Fachbereich betreffen. Bei den interdisziplinären Gesamtdiagnosen wurden in der Folge ein zervikozephal sowie ein lumbovertebrales Syndrom genannt, welche jedoch ausführlich durch Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, diskutiert wurden (S. 1). Die aufgenommenen neurologischen Befunde fielen denn auch durchgehend unauffällig und normal aus (vgl. S. 6-7) und Dr. Y.____

empfohl lediglich die Weiterführung der konservativen Schmerztherapie (S. 8).

Weitere neurologische Fachberichte liegen keine vor. Dass die Gutachter des Z.____ keine spezifisch neurologische Teilbegutachtung veranlassten, ist demnach nicht zu beanstanden.

Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten neuen Beschwerden im Zusammenhang mit der Halswirbelsäule wurden sodann von den Z.____ -Gutachtern untersucht und bei der Beurteilung berücksichtigt (vgl. orthopädisches Teilgutachten, Urk. 6/99 S. 32 ff).

Insgesamt ist damit gestützt auf das Z.____ -Gutachten aus somatischer Sicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zwar an einem chronischen lumbo vertebralem Schmerzsyndrom leidet, sie jedoch in der als angestammt anzusehen den Tätigkeit im Haushalt sowie für jede andere körperlich leichte bis selten mit teilschwere Aushilfstätigkeit ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis selten 15 kg uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig ist (vgl.

E. 4.5). 5. 4

Was sodann den psychischen Gesundheitszustand betrifft, ging der psychiatrische Z.____ -Gutachter davon aus, dass sich aus den vorliegenden Belastungsfaktoren, welche jedoch zum grossen Teil als invaliditätsfremd anzusehen seien, eine zumindest leichtgradige Depression entwickelt habe (Urk. 6/99 S. 24 Ziff. 7.1). Diese führe jedoch nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/99 S. 24 Ziff. 6.1-2).

Soweit die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Berichte des A.____

geltend macht, es sei entgegen der Ausführungen im Gutachten trotz intensiver Therapie und medikamentöser Behandlung zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen (E. 2.2), kann dieser Argumentation nicht gefolgt werden. Nachdem sowohl im September 2018 als auch im Dezember 2019 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, gestellt worden war (E. 3.1, E. 4.3) und die Ärzte bereits im September 2018 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen waren (E. 3.1), sind auch die in den Berichten des A.____

genannten Befunde seit dem Jahre 2018 im Wesentlichen unverändert. Bereits damals beschrieben die Ärzte Thermodyregulation, Rückzug, Kraftlosigkeit, Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Gedankenkreisen, Konzentrations- und Schlafstörungen

sowie Vergesslichkeit (E. 3.1). Ebenso unverändert ist der Behandlungsplan

mit dem Ziel der Aktivierung der Beschwerdeführerin, dem Erkennen des Selbstanteils an den interpersonellen Konflikten, der Verbesserung der Beziehungsfähigkeit, dem Erlernen von Stressbewältigungsstrategien und der Reduktion der Depression (vgl.

Urk. 6/51/8, Urk. 6/70/3) und auch die medikamentöse Therapie wurde bereits im September 2018 initiiert (vgl. E. 3.1, E. 4.2 -4 , E. 4.7) . Die von den Ärzten des A.____ geltend gemachte Verschlechterung kann damit insgesamt nicht nachvollzogen werden. Dass die Beschwerdeführerin bei den Haushaltstätigkeiten vermehrt Pausen einlegt, vermag daran nichts zu ändern. In diesem Zusammenhang ist sodann auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Zu berücksichtigen ist weiter , dass mit der fehlenden Berufsausbildung, dem Bezug von Sozialhilfe, der Trennung vom zweiten Ehemann und der grossen Distanz zur Tochter mehrere psychosoziale Faktoren vorliegen , und beide Gutachter deutliche Tendenzen zur Aggravation und Verdeutlichung der Beschwerden feststellten (E. 4.5).

Soweit die Beschwerdeführerin von einer ungenügenden Dauer der Untersuchung durch den Teilgutachter Dr. D.____ ausging (E. 2.2), so ist vorweg festzuhalten, dass das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung der Dauer einer psychiatrischen Exploration keinen bedeutenden Stellenwert zumisst, solange der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen ist und die Expertise den praxismässigen Kriterien entspricht (Urteile des Bundesgerichts 8C_437/2011 vom 13.7.2011, E. 3.2.1, und 8C_485/2010 vom 21. September 2010, E. 2.4.3). Der Detaillierungsgrad des Teilgutachtens von Dr. D.____ spricht nicht gegen den Beweiswert und es ist nicht ersichtlich, dass die Expertise unsorgfältig erstellt worden wäre. 5. 5

Insgesamt erweist sich die Beurteilung durch die Ärzte des Z.____ als überzeugend und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann. Es ist somit davon auszugehen, dass es seit der letzten Rentenprüfung im Mai 2019 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 keine Prüfung der Standardindikatoren (vgl. BGE 141 V 281) vorzunehmen.

Die angefochtene Verfügung vom 22. Juli 2021 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 dem 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 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 mit Verfügung vom

E. 9

). Nachdem keine Honorarnote eingegangen ist, ist die Prozessentschädigung gemäss § 34 Abs. 3 GSVGer ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen. Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen. 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Benedikt Homberger, Zürich, wird mit Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Benedikt Homberger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Kübler-Zillig

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