

SO_GERICHTE VSBES.2022.31 vom 17. Mai 2023

SO Obergericht, 2023-05-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.31_d20230517

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.31 du 17 mai 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.31 del 17 maggio 2023

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1965 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) meldete sich am 16. Dezember 2004 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Sie gab an, sie leide seit 10 Jahren unter immer schlimmer werdenden Rückenbeschwerden. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) holte medizinische Unterlagen ein. Am 6. April 2005 wurde die Beschwerdeführerin in der B.____ am Rücken operiert. Am 7. August 2006 erfolgte eine Abklärung im Haushalt der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 23). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit vier rechtskräftigen Verfügungen vom 23. Februar 2007 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 82 % eine ganze Invalidenrente vom 1. Januar bis 30. Juni 2005, aufgrund eines Invaliditätsgrades von 57 % eine halbe Invalidenrente vom 1. bis 31. Juli 2005, aufgrund eines Invaliditätsgrades von 75 % erneut eine ganze Invalidenrente vom 1. August bis 30. September 2005 und aufgrund eines Invaliditätsgrades von 50 % wiederum eine halbe Invalidenrente ab 1. Oktober 2005 zu (IV-Nr. 32 f.). 1.2 Im März 2010 leitete die Beschwerdegegnerin von Amtes wegen ein Revisionsverfahren ein (IV-Nr. 39). Bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades konnte keine Änderung festgestellt werden (IV-Grad von 50 %; Mitteilung vom 9. August 2010, IV-Nr. 43). 1.3 Am 31. März 2015 stellte die Beschwerdeführerin ein Revisionsgesuch mit der Begründung, zum Rückenproblem sei aktuell noch ein neuer Fall hinzugekommen (Hand; IV-Nr. 53). Im April 2015 leitete die Beschwerdegegnerin ein Revisionsverfahren ein (IV-Nr. 54). In der Folge veranlasste sie ein ergotherapeutisches Gutachten im C.____, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, welches am 5. und 9. Februar 2016 durchgeführt wurde (Gutachten vom 6. Juni 2016; IV-Nr. 70.2). Am 24. Oktober und 2. Dezember 2016 erliess die Beschwerdegegnerin je eine Verfügung, womit die bisher zugesprochene halbe Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % ab 1. März 2015 auf eine ganze Rente erhöht wurde (IV-Nr. 79 S. 2 ff. und 81). Diese Verfügungen erwuchsen unangefochten in Rechtskraft. 1.4 Im September 2018 leitete die Beschwerdegegnerin von Amtes wegen ein weiteres Revisionsverfahren ein (A.S. 83). Am 14. August 2019 veranlasste sie eine polydisziplinäre (allgemeininternistische, angiologische, kardiologische, orthopädische, handchirurgische und psychiatrische) Begutachtung durch die Gutachterstelle D.____ (D.____), [...], welche im November 2019 durchgeführt wurde (Gutachten vom 17. Dezember 2019, IV-Nr. 112). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens hob die

Beschwerdegegnerin die bisher zugesprochene ganze Invalidenrente mit Verfügung vom 7. Januar 2022 aufgrund eines neu ermittelten Invaliditätsgrades von nurmehr 15 % auf Ende Februar 2022 auf. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, eine Verbesserung gegenüber dem Jahr 2016 (Rentenerhöhung) sei aus handchirurgischer Sicht ausgewiesen. Für eine leichte, wechselbelastende Verweistätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus orthopädischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Bei Rentenzusprache habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Service bestanden. Diese Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. In einer Verweistätigkeit bestehe jedoch ebenfalls eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Der neu errechnete IV-Grad betrage nurmehr 15 %, weshalb die ganze Rente aufgehoben werde. Den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden könne nicht gefolgt werden. Die Rente könne ohne vorgängige berufliche Eingliederungsmassnahmen aufgehoben werden (IV-Nr. 136; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

Der Beschwerdeführerin sei weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 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 (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.). 3. 3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372, vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). 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_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.2 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.). Im vorliegenden Fall wurde der Beschwerdeführerin mit vier rechtskräftigen Verfügungen vom 23. Februar 2007 eine ganze Invalidenrente ab 1. Januar 2005, eine halbe Invalidenrente ab 1. Juli 2005, erneut eine ganze Invalidenrente ab 1. August 2005 und wiederum eine halbe Invalidenrente ab 1. Oktober 2005 zugesprochen. Am 24. Oktober und 2. Dezember 2016 erliess die Beschwerdegegnerin je eine Verfügung, worin die bisher zugesprochene halbe Invalidenrente ab 1. März 2015 auf eine ganze Rente erhöht wurde (IV-Nr. 79 S. 2 ff. und 81). Auch diese Verfügungen erwachsen unangefochten in Rechtskraft. Somit ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen zu vergleichen, wie er den Verfügungen vom 24. Oktober und 2. Dezember 2016 zu Grunde lag.

3.3 Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) führt eine Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, wenn angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; die Verbesserung ist in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV).

4. 4.1 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 gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können. Dagegen ist es nicht Aufgabe des Arztes, die Invaliditätsbemessung vorzunehmen (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). 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 – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231

E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). 4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 4.4 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). 4.5 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4). 5. Vorliegend ist strittig, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit den Verfügungen vom 24. Oktober und 2. Dezember 2016 (Referenzzeitpunkt) relevant verbessert hat. Im Folgenden ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er den Verfügungen vom 24. Oktober und 2. Dezember 2016 zu Grunde lag: 5.1 Der damalige Hausarzt, Dr. med. E. ____, Innere Medizin FMH, hielt in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 11. Januar 2005 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Osteochondrose L4/L5 und L5/S1, Status nach

mikrotechnischer Fenestration, Disketomie, Sequesterentfernung L5/S1 16.03.01 (recte: 16.03.04) wegen Diskushernie L5/S1 mit radikulärem Reiz- und Ausfallsyndrom der Wurzel L5 links. Die weiteren Diagnosen (AV-Knoten-Reentry-Tachykardie, Untergewicht) hatten nach den ärztlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Für die Tätigkeit als Serviceangestellte wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 1. Juni bis 31. Juli 2004, eine solche von 75 % vom 1. August bis 30. September 2004 und eine solche von 100 % ab 1. Oktober 2004 angegeben. Im Weiteren wurde festgehalten, seit Januar 2004 bestünden Lumbalgien mit Ausstrahlungen in das linke Bein. Es sei die Diagnose einer Diskushernie L5/S1 mit radikulärem Reizsyndrom der Wurzel L5 links gestellt worden. Es sei keine Besserung nach chiropraktischer Behandlung eingetreten. Am 16. März 2004 sei im F.____ eine mikrotechnische Fenestration, eine Diskektomie und eine Sequesterentfernung L5/S1 erfolgt. Im Verlauf des Sommers seien progrediente Lumbalgien ohne radikuläre Ausstrahlungen aufgetreten. Es bestehe ein sehr therapieresistentes Verhalten trotz Analgetika. Die Patientin könne den Beruf als Serviceangestellte nicht mehr ausüben. Auf dem Beiblatt wurde angegeben, es bestünden starke Rückenschmerzen bei geringen Belastungen (Serviceangestellte). Zeitweise bestünden Schmerzen in Ruhe nachts. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zuzumuten. Eventuell könne die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz verbessert werden. Durch die vorgesehene chirurgische Intervention sei möglicherweise eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreichbar. Ob die Patientin weiterhin im Serviceberuf arbeiten könne (evtl. Teilzeit), sei noch nicht vorauszusehen. Andere Tätigkeiten seien jedoch zuzumuten. Es müsse sich dabei um wenig belastende Tätigkeiten mit Vermeiden von Heben von schweren Lasten, repetitivem Bücken sowie dauerndem Sitzen handeln (IV-Nr. 10 S. 1 ff.).

5.2 Am 6. April 2005 wurde die Beschwerdeführerin in der B.____, Orthopädie, erneut operiert (I. Spondylodese von dorsal L4-S1, instrumentiert mit USS II Titan, Knochenentnahme Beckenkamm dorsal re; II. Ventrale Spondylodese L4-S1 mit Titan Cage und autologem Knochen, retroperitonealer Zugang von rechts durch paramediane Hautinzision; IV-Nr. 16.2 S. 2 f.).

5.3 Im Bericht der B.____ vom 26. April 2005 über die Hospitalisation vom 5. bis 12. April 2005 wurde angegeben, der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die postoperative Röntgenkontrolle habe eine korrekte Implantatlage gezeigt. Die Patientin habe am 12. April 2005 gut mobilisiert bei reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 16.2 S. 1).

5.4 Dem Bericht der B.____ vom 21. Juni 2005 können folgende Diagnosen entnommen werden: St.n. Spondylodese von dorsal L4 bis S1 und ventral Spondylodese L4 bis S1 mit Titan und autologem Knochen am 6. April 2005 bei St.n. Segmentdegeneration L4/5, L5/S1 und St.n. Dekompression L5/S1, auswärts. Zur Beurteilung wurde dargelegt, es bestehe ein regelrechter Verlauf sechs Wochen postoperativ. Die Restbeschwerden seien nicht untypisch bei derart grossen Eingriffen. Die Hypersensibilität werde im weiteren Verlauf beobachtet und sollte sich eigentlich zurückbilden. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 17. Mai bis 30. Juni 2005, ab 1. Juli 2005 erfolge eine 50%ige Wiederaufnahme der Arbeit als Servicefachangestellte (IV-Nr. 13 S. 5 f.).

5.5 Der RAD hielt in seinem Bericht vom 1. Juli 2005 fest, die Versicherte sei mit präziser Indikation am Rücken operiert worden. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Das Schmerzausmass habe einem durchschnittlichen postoperativen Verlauf entsprochen. Die Arbeitsfähigkeit sei mit 50 % als Servicefachangestellte ab 1. Juli 2005 bestimmt worden. Somit bestehe aktuell und wahrscheinlich andauernd eine 50%ige Arbeitsfähigkeit im Service und sicher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einem Bereich mit

Wechselbelastungen (IV-Nr. 14). 5.6 Dr. med. E.____ hielt in seinem Bericht vom 2. September 2005 zum bisherigen Verlauf fest, nach der letzten Operation bestünden etwas weniger Beschwerden. Die Patientin mache Physiotherapie. Es bestehe immer noch eine deutlich eingeschränkte Motilität der LWS; es seien keine neuen neurologischen Ausfälle vorhanden. Es erfolge eine physikalische Behandlung sowie eine analgetische Therapie. Die Arbeitsunfähigkeit bezifferte er wie folgt: 100 % vom 17. Mai bis 30. Juni 2005, 75 % ab 1. Juli 2005 (IV-Nr. 16.3 S. 1). 5.7 Im Bericht der B.____ vom 20. Februar 2006 wurde zur Anamnese festgehalten, die belastungsabhängigen Schmerzen hätten deutlich gebessert, bestünden jedoch insbesondere während der Arbeit immer noch. Alle drei bis vier Tage erreichten die Schmerzen ein Ausmass, dass die Patientin ein Dafalgan zur Analgesie einnehme. Insgesamt jedoch sei die Patientin mit dem Verlauf zufrieden. Das bekannte Taubheitsgefühl am ventralen linken Oberschenkel bestehe unverändert weiter, störe die Patientin jedoch nicht. Die Arbeit sei inzwischen wieder aufgenommen worden, aktuell zu 25 %. Die Patientin wolle im Verlauf dieses Monats auf 50 % steigern. Zum Röntgenbild vom 11. Oktober 2005 wurde erklärt, es bestehe eine unveränderte Implantatlage ohne Lockerungszeichen oder Materialbrüche. Es bestehe nach wie vor ein regelrechter Verlauf ein halbes Jahr postoperativ mit noch etwas Restbeschwerden, welche jedoch bereits gebessert hätten. Die Hyposensibilität am Oberschenkel bestehe nach wie vor weiter. Die weitere Arbeitsfähigkeit werde wie bis anhin vom Hausarzt koordiniert werden (IV-Nr. 18 S. 3). 5.8 Der RAD hielt in seinem Bericht vom 12. Juni 2006 fest, es bestehe eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 50 %. Eine Steigerung sei wohl im Moment nicht sinnvoll. Verweistätigkeiten seien auch nicht sinnvoll, da die Versicherte am alten Arbeitsplatz integriert sei (IV-Nr. 20). 5.9 Aus dem Bericht der B.____ vom 14. August 2006 gehen folgende Diagnosen hervor: Persistierende Lumbalgien rechtsseitig bei Status nach Spondylodese von dorsal L4 bis S1 und ventral Spondylodese L4 bis S1 mit Titan und autologem Knochen am 6. April 2005 bei Status nach Segmentdegeneration L4/5, L5/S1, Status nach Dekompression L5/S1, auswärts. Die Patientin berichte, dass sie seit der letzten Konsultation vom 17. März 2006 unverändert Kreuzschmerzen habe, mehr rechtsseitig. Auch die damals durchgeführte Infiltration habe keine Linderung gezeigt. Insgesamt seien die Schmerzen besser als vor der Operation, aber mehr als 50 % könne sie nicht arbeiten, sie benötige weiterhin Schmerzmittel. Die Schmerzen seien typischerweise belastungsabhängig. Die Restschmerzen der Patientin seien im Moment noch unklar (IV-Nr. 22). 5.10 Aus dem Bericht der G.____ vom 23. November 2006 gehen folgende Diagnosen hervor: Periostreizung bei Spongiosaentnahme bei Status nach Spondylodese von dorsal L4 bis S1 und ventraler Spondylodese L4 bis S1 mit Titan und autologem Knochen am 6. April 2005 bei Status nach Segmentdegeneration L4/5, L5/S1 und Status nach Dekompression L5/S1, auswärts. Die Patientin berichte, dass die Infiltration loco dolenti an der rechten Spina iliaca posterior für 10 Tage eine deutliche Linderung der Schmerzen erzielt habe. Sie habe unverändert die bekannten Kreuzschmerzen rechts. Das CT der LWS habe Folgendes ergeben: Bei Status nach Spondylodese L4-S1 zeige sich ein regelrechtes Alignment und eine regelrechte Lage des Spondylodesematerials ohne Lockerung. Es zeige sich eine Fusion der operierten Segmente. Des Weiteren zeige sich im Bereich der Knochenentnahmestelle am rechten hinteren Beckenkammknochen ein entsprechender Defekt mit einer geringen prominenten Hyperostose dorsal. Die Beurteilung lautete wie folgt: Es bestehe weiterhin der Verdacht auf eine Periostreizung im Bereich der Knochenentnahmestelle rechts. Aufgrund des hohen Leidensdruckes der Patientin sei ihr die Möglichkeit einer Hyperostosenabtragung dargelegt worden. Die Patientin sei mit dem

Vorgehen einverstanden. Die Operation werde am 15. Januar 2007 stattfinden (IV-Nr. 28).

5.11 Im Rahmen des Protokollgesprächs vom 5. August 2010 gab RAD-Arzt Dr. med. H.____ zur medizinischen Situation an, als beeinträchtigendes Leiden bestehe ein lumbovertebrales Syndrom bei Status nach Diskushernien-Operation L5/S1 2005 sowie Status nach Spondylodese L4 bis S1 im gleichen Jahr. Eine Hyperostose an der Knochenentnahmestelle im Bereich der rechten Beckenschaufel sei am 15. Januar 2007 abgetragen worden und habe lokal eine leichte Besserung gebracht. Die Rückenschmerzen seien sonst gleichgeblieben. Aus medizinischer Sicht sei die 50%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Die Versicherte sei optimal eingegliedert (IV-Nr. 42 S. 2).

5.12 Aus dem Bericht des I.____, Orthopädische Klinik, vom 18. März 2015 gehen folgenden Hauptdiagnosen hervor: 1. St.n. Trapezektomie und Aufhängungsplastik nach Lundborg mit Resektion des proximalen Trapezoideumpols, Karpaldachspaltung rechts am 24. November 2014 bei Rhizarthrose Stadium IV nach Eaton und Littler und STT-Arthrose rechts, CTS rechts; 2. Heberden-Arthrose Dig V rechts; 3. Ulnokarpales Handgelenksganglion rechts. Zur Beurteilung wurde angegeben, bei regredienten Beschwerden nach Trapezektomie stünden aktuell ulno-karpale Handgelenksschmerzen im Vordergrund. Sonographisch zeige sich ein ulno-karpales Handgelenksganglion. Zur weiteren Diagnostik sei ein Arthro-MRI des rechten Handgelenks in den kommenden Tagen veranlasst worden. Zur Schonung des Handgelenks sei eine Klettmanchette abgegeben worden. Die Ergotherapie zur Daumenmobilisation sei weiterzuführen. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 29. März 2015 (IV-Nr. 53 S. 4 f.).

5.13 Dr. med. E.____ gab in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 8. Mai 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativer Veränderung der LWS L4/5 L5/S1, Status nach mikrotechnischer Fenestration Diskektomie L5 S1, wegen Diskushernie Spondylodese L5 S1 und ventrale Spondylodese L4 bis S1 mit autologem Knochen, Status nach Trapezektomie Aufhängungsplastik nach Lundborg mit Resektion des proximalen Trapezoideumpols, Karpaldachspaltung rechts 24.11.14, Rhizarthrose Stadium IV und STT-Arthrose rechts, CTS rechts, Heberden-Arthrose Dig V rechts. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 4. Juni bis 31. Juli 2004, von 75 % vom 1. August 2004 bis 30. September 2004 und von 100 % ab 1. Oktober 2004 angegeben. Der Gesundheitszustand sei stationär. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde vermerkt, die Rückenschmerzen und die Schmerzen in der rechten Hand wirkten sich auf die bisherige Tätigkeit aus. Diese sei noch mit einer um 50 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar. Andere Tätigkeiten ohne Rückenbelastung seien im Ausmass von vier Stunden pro Tag ebenfalls zuzumuten (IV-Nr. 55).

5.14 Aus dem Bericht des I.____, Orthopädische Klinik, vom 22. Mai 2015 geht hervor, seit längerem bestünden progrediente Schmerzen über der Daumenbasis rechts. Zudem bestünden Sensibilitätsstörungen über dem palmaren rechten Daumen. Klinisch zeigten sich eine deutliche Subluxation des Daumensattelgelenks sowie ein positiver Grind-Test. Die Sensibilität über dem palmarseitigen Daumen sei vermindert gewesen. Radiologisch habe sich eine fortgeschrittene Rhizarthrose mit STT-Arthrose gezeigt. Am 24. November 2014 seien daher die Trapezektomie mit Aufhängungsplastik nach Lundborg und Resektion des proximalen Trapezoiddeumpols und die Karpaldachspaltung rechts erfolgt. Postoperativ hätten die Schmerzen über dem Handgelenk sowie dem DIP des Dig V rechts persistiert. Radiologisch hätten sich eine fortgeschrittene Heberdenarthrose Dig V rechts sowie sonographisch ein ulnocarpales Handgelenksganglion gezeigt. Aufgrund dessen sei am 11. Mai 2015 die Resektion des

Ganglions mit Arthrodesse des DIP Dig V rechts erfolgt. Folgende Diagnosen beeinflussten die Arbeitsfähigkeit: 1. Ulnocarpales Handgelenkganglion rechts, St.n. Resektion ulnocarpales Handgelenkganglion rechts am 11. Mai 2015; 2. Heberden-Arthrose Dig V rechts, Status nach Heberden-Arthrodesse Dig. V rechts am 11.05.2015; 3. Status nach Trapezektomie und Aufhängungsplastik nach Lundborg mit Resektion des proximalen Trapezoideumpols, Karpaldachspaltung rechts am 24.11.2014 bei Rhizarthrose Stadium IV nach Eaton und Littler und STT-Arthrose rechts, CTS rechts. Nach Ausheilung der Arthrodesse sollte eine weitgehende Besserung der Beschwerden erreicht werden. Bleibend seien allenfalls eine Kraftminderung des Daumens sowie eine Bewegungseinschränkung des Kleinfingers. Aktuell bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Servicefachangestellte. Diese bestehe minimal für acht Wochen postoperativ. In einer Tätigkeit, in der der rechte Arm vollständig entlastet werden könne, sei die Patientin zu 100 % arbeitsfähig. Ebenfalls könnten leichte Tätigkeiten wie Schreib- oder Computerarbeiten rechts in verminderter Geschwindigkeit ausgeführt werden. Bei körperlich belasteten Arbeiten sei maximal von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit (volle Arbeitszeit, 50%ige Leistung) auszugehen. Aktuell seien Arbeiten mit nur geringer Belastung der rechten Hand wie Schreib- oder Computerarbeiten rechts zumutbar. Zudem koordinierende Tätigkeiten ohne Belastungen des rechten Armes. Tätigkeiten mit diesen Einschränkungen seien zu 100 % zumutbar (IV-Nr. 59 S. 2 f.). 5.15 J.____, Praktischer Arzt, hielt in seinem Bericht vom 19. Dezember 2015 fest, nach der Schliessung der Praxis von Dr. med. E.____ sei die Patientin zu ihm gekommen. Die Diagnosen seien unverändert. Die Patientin habe mehrere Handoperationen gehabt. Zurzeit sei sie 100 % arbeitsunfähig. Die Ausübung ihres Berufes als Serviertochter sei wegen der Schmerzen erschwert. Gleichzeitig sei die Patientin auch deprimiert und demotiviert, weil sie weitere chirurgische Eingriffe habe. Der Patientin seien eine Ergotherapie und bei Bedarf auch eine Physiotherapie empfohlen worden. Dies werde mit Analgesie unterstützt (IV-Nr. 66). 5.16 Dem Gutachten des C.____, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, vom 6. Juni 2016 (Untersuchungen vom 5. und 9. Februar 2016) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «1. Rehabilitationsdefizit, Narbenbeschwerden Hand rechts mit ulnopalmaren Narbenschmerzen und Kraftminderung bei Status nach Exzision eines Ganglionrezidivs rechts am 28.09.2015, Status nach Resektion eines ulnokarpalen Handgelenkganglions rechts am 11.05.2015, aktuell sonographisch und klinisch kein Hinweis auf Rezidiv; 2. Polyarthrose mit/bei Status nach Trapezektomie und Aufhängeplastik nach Lundborg mit Resektion des proximalen Trapezoideumpoles (Zitat OP-Bericht) am 24.11.2014 wegen Rhizarthrose Stadium IV nach Eaton Littler und STT Arthrose, Status nach DIP V Arthrodesse rechts am 11.05.2015, konsolidiert; 3. Status nach Karpaltunnelspaltung rechts am 24.11.2014 wegen Karpaltunnelsyndrom, klinisch und anamnestisch beschwerdefrei; 4. Morbus Dupuytren Strahl IV/V rechts Tubiana Stadium 0; 5. Asymptomatische midkarpale Hyperlaxität, dorsale Extensionsfehlstellung der proximalen Reihe nach Resektion des proximalen Trapezoids im Rahmen der STT Arthrose; 6. Chronische Rückenbeschwerden mit/bei Status nach Spondylodese von dorsal sowie ventral L4 bis S1 am 06.04.2005, Status nach mikrotechnischer Fenestration, Sequesterentfernung, Diskektomie und Recessotomie L5/S1 links am 16.03.2004; 7. Behandelte arterielle Hypertonie, ED 2015; 8. Nikotinabusus». Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, am ehesten bestünden bei der Explorandin ein Rehabilitationsdefizit sowie Narbenbeschwerden nach den genannten multiplen handchirurgischen Eingriffen. Hauptsächlich als störend und einschränkend auf die

Arbeitsfähigkeit werde der Narbenschmerz nach zweimaliger Operation eines histologisch bestätigten ulnopalmaren Handgelenksganglions beschrieben. Dahingehend würden Ergo- und Physiotherapie zur Narbentherapie wie z.B. eine Narbenspange mit Silikonputty zur Nacht und Ultraschall oder Laseranwendungen empfohlen. Auch könnte im weiteren Verlauf eine sonographisch gesteuerte Infiltration (diagnostisch/therapeutisch) in das schmerzhafteste Gebiet oder eine TENS Behandlung erfolgen. Ein erneutes Ganglion vom Handgelenk oder der Sehne des Muskulus flexor carpi ulnaris ausgehend habe man weder sonographisch noch klinisch nachweisen können. Auch bestehe kein Hinweis für eine aktuell akute Tenosynovitis der FCU-Sehne. Die in der Untersuchung gefundene midkarpale Hyperlaxität könne die Handgelenkschmerzen unterhalten, weswegen die Explorandin von der Therapie mit Kräftigungs- und Koordinationstraining profitieren könne. Die dorsale Streckstellung der proximalen Handwurzelreihe lasse sich aber nicht korrigieren, sollte aber mit der Behandlung der midkarpalen Laxität mitbehandelt werden. Auch sehe man einen Vorteil der Handtherapie zur Behandlung der Daumeninstabilität sowie Dyskoordination des Daumens nach Trapezektomie und Aufhängeplastik. Aktuell drängten sich keine weiteren handchirurgischen Operationen auf. Zusammenfassend schlage man eine intensive Handtherapie zur Narbenbehandlung und Kräftigung sowie verbesserten Koordination vor. Im Weiteren wurde dargelegt, es bestehe ein Rehabilitationsdefizit, welches sich in der objektiven Kraftminderung rechts zeige sowie einer Koordinationsstörung des Daumens mit Z-Deformität und Antepulsionsstellung sowie vermindertem Öffnungswinkel der 1. Kommissur. Die Kraftwerte der Explorandin seien unter der Norm. Die Narbenbeschwerden seien mit reproduzierbarer Druckdolenz objektivierbar; auch zeige sich mit noch geröteten Narben im Vergleich zur umliegenden Haut, dass die Narbenreifung noch nicht abgeschlossen sei. Eine globale Funktionsminderung mit verminderter Kraft sowie eine Bewegungseinschränkung mit Koordinationsstörung insbesondere des Daumens der rechten Hand könnten objektiviert werden. Auch seien die geschilderten Narbenbeschwerden klar mit den erhobenen Untersuchungsbefunden erklärbar. Bis zu den aktuell angegebenen Beschwerden bzw. der handchirurgischen Behandlung mit den daraus resultierenden aktuellen Beschwerden sei die Explorandin vollumfänglich arbeitsfähig im bestehenden Arbeitspensum von 50 %. Die anderen 50 % seien bereits durch die IV übernommen worden aufgrund der Rückenbeschwerden mit zuletzt durchgeführter Operation im Jahr 2005. Seitdem sei die Explorandin im oben genannten Pensum von 50 % arbeitsfähig. Aktuell bestünden keine Rückenbeschwerden, vielmehr beklage die Explorandin vor allem die Narbenbeschwerden, eine Kraftminderung und eine Koordinationsschwäche. Invaliditätsfremde Faktoren seien nicht bekannt. Die von der Explorandin geschilderten Beschwerden seien in der Qualität und im Ausmass glaubhaft ohne einen Hinweis für eine Diskrepanz zwischen den gefundenen objektiven Befunden und den geschilderten Beschwerden. Die Patientin gebe eine glaubhafte Motivation an, wieder in der angestammten Tätigkeit im vorherigen Pensum von 50 % zu arbeiten. Das Heben und insbesondere Tragen von Lasten, wie sie im Beruf einer Kellnerin verlangt würden, bereiteten der Explorandin Beschwerden. In der ergotherapeutischen Abklärung sei das Tragen eines Tellers (700 Gramm) getestet worden. Bereits nach 30 Sekunden sei eine deutliche Kraftminderung zu beobachten gewesen. Eine fest verschlossene Flasche habe erst nach Lockerung des Verschlusses geöffnet werden können. In der Kraftmessung habe mit der adominanten, nicht operierten Hand eine 3 bis 4-fache Kraftentwicklung gemessen werden können. Aufgrund der Kraftminderung und der mit der Belastung zunehmenden Schmerzentwicklung werde eine Ausweichhaltung

eingenommen, welche wiederum zu zusätzlichen Beschwerden u.a. der HWS führen könne. Verstärkend komme die Vorerkrankung der Wirbelsäule hinzu. Aus handchirurgischer Sicht benötige die Explorandin eine fachgerechte ergotherapeutische Betreuung mit Ausschöpfen der konservativen Therapie. Es bestünden keine Anzeichen für eine fehlende Motivation für die vorgeschlagene Therapie. Die angebotene postoperative Handtherapie sei ungenügend ausgeschöpft worden. Das Rehabilitationsdefizit der Hand (Störungsbild) führe zu einer verminderten Belastungsfähigkeit im Beruf als Kellnerin. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, es bestehe in der bisherigen Tätigkeit seit dem 21. November 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis aktuell. Nach erfolgter Handtherapie könne eine Wiedereingliederung mit einem 50%-Pensum mit dem Ziel einer 100%igen Arbeitsfähigkeit erfolgen. Inwieweit wieder die gleiche Arbeits- und Leistungsfähigkeit erreicht werden könne wie vor den handchirurgischen Eingriffen im Jahr 2014, könne zum aktuellen Zeitpunkt nicht sicher vorausgesagt werden. Sicherlich sei eine stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen, z.B. beginnend mit einer 50 % Arbeitsfähigkeit mit einem 50%-Pensum (IV-Nr. 70.2).

6. Der aktuelle Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

6.1 J.____ hielt in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 8. Dezember 2018 fest, er betreue die Patientin seit September 2015. Es bestehe seit dem Jahr 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten. Es bestehe der Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode bei psychosozialen Belastungsfaktoren sowie ein Status nach symptomatischer, hochgradiger Abgangsstenose der Arteria carotis interna links. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei ungünstig (IV-Nr. 85).

6.2 Aus dem Bericht des I.____, Angiologie (Dr. med. K.____, Leitender Arzt), vom 14. März 2019 (Sprechstundenbericht vom 11. März 2019) gehen folgende Hauptdiagnosen hervor: «1. Obliterierende Atheromatose mit zerebrovaskulärer Verschlusskrankheit, vaskuläres Risikoprofil: Raucherin, gut 25 py, arterielle Hypertonie (ED 2015), Dyslipidämie, Carotis-TEA, Rinderperikard-Patchplastik links bei >70%iger, symptomatischer (Amaurosis fugax 08/2018) Abgangsstenose A. carotis interna links am 11.09.2018, aktuell: regelrechter Befund 6 Monate postoperativ; 2. Paroxysmales Vorhofflimmern, Pulmonalvenenisolation 2002, Antikoagulation mit Xarelto; 3. St.n. mehrfachen Diskushernienoperationen; 4. Handgelenksarthrose rechts, Zustand nach mehreren Operationen; 5. Vd.a. Restless-Legs-Syndrom». Zur Anamnese wurde angegeben, es erfolge eine planmässige Halbjahreskontrolle nach Carotisoperation links bei hochgradiger Interna-Stenose und im Vormonat stattgehabter Amaurosis fugax ipsilateral. Die Beurteilung lautete wie folgt: Es liege subjektiv wie objektiv ein regelrechtes postoperatives Ergebnis ein halbes Jahr nach der Carotisoperation links vor. Als Basismassnahme sei aus vaskulärer Sicht natürlich der komplette Rauchstopp zu fordern. Anamnestisch plage die Patientin ein Restless-Legs Syndrom (IV-Nr. 101 S. 10 ff.).

6.3 Dem Bericht des I.____, Angiologie, zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 5. August 2019 kann Folgendes entnommen werden: Im August 2018 sei eine Amaurosis fugax (arterieller Gefässverschluss der die Netzhaut versorgende Arteria centralis retinae) am linken Auge aufgetreten. Laut Arztbericht sei der peri- und postoperative Verlauf im September 2018 problemlos gewesen. Aktuell bestünden keine neurologischen Residuen bezüglich der Carotisstenose, es bestehe ein objektiv regelrechter postoperativer Befund nach einem halben Jahr (03/2019). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden aktenanamnestisch ein Status nach mehrfachen Diskushernien-Operationen sowie eine Handgelenks-Arthrose rechts angegeben. Das Gefässleiden sowie das paroxysmale Vorhofflimmern wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

vermerkt. Aus angiologischer Sicht sei die Prognose zur Arbeitsfähigkeit mittelfristig gut, längerfristig möglicherweise durch persistierenden Zigarettenkonsum reduziert. Rein aus angiologischer Sicht sei die Patientin bis zur Entlassung aus dem Spital nach dem operativen Gefässeingriff im Herbst 2018 arbeitsunfähig gewesen, anschliessend sei ihre Arbeitsfähigkeit als Serviceangestellte nicht mehr tangiert. Er, Dr. med. K.____, habe keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-Nr. 101 S. 1 ff.).

6.4 Im polydisziplinären (allgemeininternistischen, angiologischen, kardiologischen, orthopädischen, handchirurgischen und psychiatrischen) Gutachten des D.____ vom 17. Dezember 2019 (Untersuchungen vom 6., 12. und 15. November 2019) wurden im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/Z98.8), St.n. mikrotechnischer Fenestration, Sequesterentfernung, Diskektomie und Rezessotomie LWK5/SWK1 links am 16.03.2004 bei Diskushernie LWK5/SWK1 links mit radikulärem Reiz- und sensomotorischem Ausfallsyndrom L5 links (Dr. [...], Spital [...]), St.n. Diskographie LWK3/4/5 von links am 01.12.2004 (G.____, [...]), St.n. Spondylodese von dorsal LWK4-SWK1, instrumentiert mit USS II Titan und Knochenentnahme vom dorsalen rechten Beckenkamm sowie ventraler Spondylodese LWK4/SWK1 mit Titancage und autologem Knochen über einen retroperitonealen Zugang von rechts am 06.04.2005 bei Segmentdegeneration LWK4/5/SWK1 (PD Dr. [...][...] und Dr. [...] B.____, Zürich), St.n. Entfernung einer Hyperostose am dorsalen rechten Beckenkamm im Bereich der Knochenentnahme am 15.01.2007 (PD Dr. [...] und Dr. [...], B.____, [...]), radiologisch deutliche Anschlussdegeneration im Sinne einer Spondylarthrose und Anterolisthese LWK3/4 (MRI 08.11.2019); 2. Polyarthrose Hände beidseits mit St.n. Rhizarthrosenoperation rechts und Arthrodesen DIP-Gelenk V rechts (ICD-Code M15.0); 3. Narbenbeschwerden ulnar volar Handgelenk rechts nach zweimaliger Ganglionexzision (ICD-Code M67.44); 4. Paroxysmales Vorhofflimmern (ICD-Code I48.0), 04/2002 paroxysmales Vorhofflimmern mit Präsynkopen oder Synkopen bei 2:1 Überleitung, St.n. Pulmonalvenen-Isolation 05/2002 (C.____), St.n. Synkope 12/2016 bei tachykardem Vorhofflimmern ohne Metoprolol, Dauer-Antikoagulation mit Xarelto bei CHA2DS2 VASc Score >2 Punkte (arterielle Hypertonie ED 2015 mit Arteriosklerose der Carotis)».

Die weiteren gestellten Diagnosen (arterielle Hypertonie; chronischer Nikotinabusus, ca. 25 py; Dyslipidämie; Untergewicht, BMI 17.5 kg/m²; St.n. symptomatischer, >70%iger Stenose der Arteria carotis interna links, St.n. Karotisthrombendarteriektomie mit Rinderperikard-Patchplastik links 11.09.2018, aktuell: einwandfreies Resultat; St.n. Karpaltunnel-Spaltung rechts; asymptotische mittkarpale Hyperlaxität beidseits) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Beurteilung wurde dargelegt, aus orthopädischer Sicht bestehe aufgrund des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte und in jeder anderen andauernd stehend und gehend zu verrichtenden oder körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit. Für körperlich sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, vollschichtig umsetzbar bei um 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit aufgrund vermehrten Pausenbedarfs. Auch aus handchirurgischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit aufgrund der Polyarthrose beider Hände mit Status nach Rhizarthrosen-Operation rechts und Arthrodesen der IP-Gelenke V rechts sowie den Narbenbeschwerden ulnar, volar rechts am Handgelenk nach zweimaliger Ganglionexzision nicht mehr möglich. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestehe hingegen

aus handchirurgischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus kardiologischer Sicht seien aufgrund des paroxysmalen Vorhofflimmerns ebenfalls körperlich schwer belastende Tätigkeiten nicht mehr möglich. Weder aus angiologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht finde sich eine weitere Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Namentlich der Zustand nach Karotisthrombendarterektomie links am 11.09.2018 beeinflusse die Arbeitsfähigkeit bei aktuell einwandfreiem Resultat nicht. Eine psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte und in jeder anderen andauernd stehend und gehend zu verrichtenden oder körperlich mittelschwer und schwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich nur leichte, wechselbelastende, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig umsetzbar bei vermehrtem Pausenbedarf. Zur Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, retrospektiv könne eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit November 2014 angenommen werden. Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit legten die Gutachter dar, geeignet seien körperlich nur leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne die Einnahme von Zwangshaltungen sowie ohne längeres Stehen und Gehen. Arbeiten mit repetitiven Arbeitsabläufen und Kälteexposition seien nicht möglich. Eine solche Tätigkeit wäre für 8 Stunden pro Tag zuzumuten. Es bestehe jedoch eine reduzierte Leistungsfähigkeit aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Damit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an, bei leichter Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer und kardiologischer Sicht seit der letzten Verfügung aus dem Jahr 2016 und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus handchirurgischer Sicht ergebe sich insgesamt eine Verbesserung der interdisziplinären Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten. Effektiv sei die Arbeitsfähigkeit bereits im Jahr 2016 im handchirurgischen Gutachten auf 50 % eingeschätzt worden mit voraussichtlicher Verbesserung auf 100 % im Verlauf. Seither seien keine validen fachärztlichen Einschätzungen mehr vorhanden. Somit hätten die obenstehenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung im November 2019 Gültigkeit. Die Gesamtarbeitsunfähigkeit sei durch die genannten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit begründet. Die um 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestehe aufgrund der orthopädischen Diagnose. Die geringe kardiologische Einbusse wirke sich nicht additiv aus. Medizinische Massnahmen mit Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar und könnten deshalb nicht empfohlen werden (IV-Nr. 112.3). 6.4.1 Gemäss der Beurteilung im allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. med. L.____, FMH Allgemeine Innere Medizin (Fallführung; Untersuchung vom 6. November 2019), wurden von der Explorandin keine spezifischen Beschwerden durch allgemeininternistische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit geltend gemacht. Die Explorandin könne wegen ihres Rückens nicht arbeiten. Die Handschmerzen seien stark im Hintergrund. Andere Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gebe die Explorandin auch auf Nachfrage hin nicht an. Die Explorandin sei stets als Serviceangestellte arbeitstätig gewesen. Letzte mittels Arbeitgeberfragebogen dokumentierte Tätigkeit ab dem 18. März 2013 als Serviceangestellte mit unregelmässigem Teilzeitpensum sei diejenige im Restaurant [...],

[...], gewesen. Nach der Handoperation im Mai 2015 sei die Explorandin arbeitsunfähig geschrieben worden und seither nicht mehr erwerbstätig gewesen. Mit ihren chronischen Beschwerden könne sie sich keine Arbeitstätigkeit vorstellen. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnten keine gestellt werden. Die gestellten Diagnosen (arterielle Hypertonie, chronischer Nikotinabusus, Dyslipidämie, Untergewicht) haben nach den Angaben des allgemeininternistischen Gutachters keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv gesehen finde man keine Hinweise auf eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit aufgrund einer allgemeininternistischen Diagnose. Aus rein allgemeininternistischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 112.5).

6.4.2 Der angiologische Teilgutachter, Dr. med. M.____, FMH Angiologie, konnte aufgrund seiner Untersuchung vom 12. November 2019 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die Diagnosen St.n. symptomatischer, mehr als 70%iger Stenose der Arteria carotis interna links, St.n. Karotisthrombendarteriektomie mit Rinderperikard-Patchplastik links vom 11. September 2018, aktuell einwandfreies Resultat, sowie das paroxysmale Vorhofflimmern haben gemäss seiner Einschätzung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Beurteilung wurde festgehalten, aus angiologischer Sicht sei im Rahmen eines Arteriosklerosescreeenings beim Kardiologen eine signifikante und symptomatische Karotisstenose diagnostiziert worden, welche von den Angiologen bestätigt und am 11. September 2018 operativ saniert worden sei. Seitdem seien keine angiologischen Probleme mehr aufgetreten. Ausser einer konsequenten Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren und einem Nikotinstopp seien keine weiteren angiologischen Massnahmen notwendig. Eine Arbeitsunfähigkeit habe aus angiologischer Sicht nur perioperativ im September 2019 bestanden. Der Eingriff sei komplikationslos gewesen und es bestünden keine neurologischen Residuen. Aus angiologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen und die Patientin sei voll belastbar (IV-Nr. 112.8).

6.4.3 Im kardiologischen Teilgutachten (Dr. med. N.____, FMH Kardiologie) wurde gestützt auf die Untersuchung vom 12. November 2019 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «paroxysmales Vorhofflimmern (ICD-Code I48.0)» gestellt. Die Diagnose «obliterierende Atheromatose mit cerebro-vaskulärer Verschlusskrankheit» hat nach den Angaben des Kardiologen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die kardiologische Gesamtbeurteilung lautete dahingehend, bei der Explorandin bestehe ein paroxysmales Vorhofflimmern, welches seit dem Jahr 2002 bekannt sei und bereits damals interventionell behandelt worden sei. Im Jahr 2016 sei es zu einer erneuten Symptomatik im Rahmen einer Synkope bei tachykardem Vorhofflimmern und notfallmässiger Hospitalisation im I.____ gekommen. Die kardiologischen Nachkontrollen hätten im Jahr 2018 neben dem weiter paroxysmal auftretenden Vorhofflimmern eine Carotisstenose links ergeben. Diese sei im September 2018 chirurgisch saniert worden. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei die Explorandin kardiopulmonal kompensiert, im Sinusrhythmus. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei, wie in der Ergometrie dokumentiert, reduziert. Prophylaktisch sei die Indikation zur Beibehaltung der Antikoagulation bis auf weiteres gegeben. Aus kardialer Sicht bestehe keine Einschränkung bezüglich der Anwesenheit in der bisherigen Tätigkeit. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei jedoch reduziert, insbesondere beim Auftreten von Vorhofflimmern, welches weiter paroxysmal möglich sei. Die Explorandin sei seit ca. 4 Jahren im angestammten Beruf als Service-Angestellte nicht mehr tätig, weshalb eine entsprechende Angabe zur Arbeitsfähigkeit aus kardialer Sicht gegenwärtig nicht realistisch sei. Eine körperlich

schwer belastende Tätigkeit sei nicht möglich. Die Explorandin sei seit dem Jahr 2015 bzw. 2016 nicht mehr regelmässig beruflich tätig gewesen. Initial sei sicher nur ein Teilzeitpensum realistisch. In einer angepassten Tätigkeit sei die körperliche Leistungsfähigkeit gering reduziert. Die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt betrage 90 % (bezogen auf ein 100%-Pensum). Eine weitere kardiologische Verlaufskontrolle und Betreuung sei notwendig, ebenso die Beibehaltung der prophylaktischen Antikoagulation (IV-Nr. 112.9).

6.4.4 Im orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. O.____, FMH Orthopädische Chirurgie, wurde gestützt auf die Untersuchung vom 6. November 2019 dargelegt, die Explorandin berichte, dass die Rückenschmerzen im letzten halben bis Dreivierteljahr deutlich zugenommen hätten. Die rechtsbetonten Schmerzen strahlten dezidiert nicht in die Beine, sondern zum Schulterblatt der dominanten rechten Seite aus. Bei Drehung des Kopfes werde es hier wie bei einer Halskehre ganz verhärtet. Aktuell sei dies jedoch nicht der Fall. Überdies schone sie die Extremität wegen der Problematik an der Hand. Diese sei permanent eiskalt und kraftlos, zeitweise ohne Gefühl sowie nicht vollständig zu öffnen. Immer wieder bitte sie den Hausarzt darum, Physiotherapie zu verordnen, was dieser als unnötig abtue. Sie wolle deshalb den Arzt wechseln. Die Explorandin berichte, die Ausbildung zur Coiffeuse nicht abgeschlossen und diesen Beruf später nicht mehr ausgeübt zu haben. Sie sei bis zum Jahr 2015 stets im Service tätig gewesen. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/Z98.8) gestellt. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, die Explorandin beklage neben chronischen Beschwerden der dominanten rechten Hand chronische, seit etwa einem Jahr deutlich zunehmende tieflumbale Rückenschmerzen ohne Ausstrahlung in die unteren Extremitäten. Nach bei Diskushernie mit Radikulopathie L5 links vor fünfzehn Jahren erfolgtem Eingriff sei es zu keiner Linderung, nach vor vierzehn Jahren durchgeführter Spondylodese LWK4/5/SWK1 aber zu einer gewissen Besserung gekommen. Sie sei bei den haushaltlichen Verrichtungen deutlich eingeschränkt und spreche gut auf die bedarfsweise wie zuletzt vor einigen Tagen eingenommenen Analgetika an. Sie werde weder orthopädisch, rheumatologisch noch neurochirurgisch betreut. Die Indikationsstellung zu den an der Wirbelsäule erfolgten Eingriffen könne soweit nachvollzogen werden. Zur Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation wurde im Weiteren dargelegt, aktuell seien auf orthopädischer Ebene folgende Befunde objektivierbar: das Gangbild auf Treppe und ebenem Terrain sei mitsamt der geprüften Varianten weitgehend unauffällig. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich die Beweglichkeit unter Gegenhalten und langsam durchgeführter Auslenkung zervikal weitgehend frei, thorakal mittelgradig eingeschränkt und lumbal nach Spondylodese klar vermindert. An den unteren Extremitäten sowie den Schultern bestehe eine freie Auslenkung. Bezüglich der übrigen Abschnitte der oberen Extremitäten sei auf das handchirurgische Teilgutachten abzustellen. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen könne bei guter Kooperation problemlos durchgeführt werden. Während die Prüfung der unteren Extremitäten in Rückenlage zur wiederholten Angabe tieflumbaler Rückenschmerzen führe, gelinge die forcierte Vornahme derselben Manöver in sitzender Position ganz offenbar beschwerdefrei. Auf radiologischer Ebene zeige sich eine deutliche Anschlussdegeneration LWK3/4 bei im Übrigen regelrechtem Befund nach mehrsegmentaler lumbaler Spondylodese. Der Befund an Hüft- und Iliosakralgelenken sei weitgehend regelrecht. Zusammenfassend sei festzustellen, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde im Sinne einer Anschlussdegeneration nach

lumbaler Spondylodese weitgehend begründen liessen, die doch etwas inkonstante klinische Präsentation weise aber auf eine gewisse nicht-organische Beschwerdekomponekte hin. Die im Alltag bezüglich höherer körperlicher Belastungen geltend gemachten Einschränkungen könnten dezidiert nachvollzogen werden. Zu den Akten und früheren Untersuchungen wurde vermerkt, gemäss dem Austrittsbericht der G.____ vom 26. April 2005 habe sich der Verlauf nach Spondylodese komplikationslos gestaltet. Im Schreiben vom 26. Juni 2005 seien «in den letzten Wochen etwas unterschiedliche Symptome mit zuweilen Schmerzfreiheit und andererseits Auftreten von belastungsabhängigen Schmerzen in der LWS» angeführt worden. Objektiv habe ein regelrechter Verlauf bei nach derart grossen Eingriffen nicht untypischen Restbeschwerden bestanden. Auch am 20. Februar 2006 sei ein «nach wie vor regelrechter Verlauf» festgehalten worden. Es habe eine Hyposensibilität am Oberschenkel ventral links persistiert. Im Schreiben vom 14. August 2006 sei das fehlende Ansprechen auf eine am 17. März 2006 durchgeführte, nicht näher bezeichnete Infiltration erwähnt worden. Anamnestisch seien die Schmerzen insgesamt besser als präoperativ gewesen, doch berichte die Explorandin, nicht mehr als 50 % arbeiten zu können und weiterhin Analgetika zu benötigen. Die Symptomatik sei unklar gewesen, wogegen am 23. November 2006 der Verdacht auf Periostreizung im Bereich der Knochenentnahmestelle am dorsalen rechten Beckenkamm, an welchem eine geringe Hyperostose vorgelegen sei, angeführt worden sei. Gemäss letztem Bericht vom 27. Februar 2007 habe sechs Wochen nach Abtragung einer Exostose am dorsalen Beckenkamm ein sehr guter Verlauf bestanden, sodass die Behandlung abgeschlossen worden sei. Die Arbeitsfähigkeit im Service von weiterhin 50 % habe im Weiteren gesteigert werden können. Diesen Einschätzungen könne aufgrund der dokumentierten Befunde gut gefolgt werden. Für körperlich sehr leichte Verrichtungen könne auf Ebene des Bewegungsapparates von einer nur wenig eingeschränkten Einsetzbarkeit ausgegangen werden. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde aus orthopädischer Sicht festgehalten, für andauernd stehende und gehende sowie körperlich mittelschwere und schwere Verrichtungen einschliesslich jener im Service bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anhand anamnestischer Angaben und vorliegender Akten sei schwierig, doch sei spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung von einer bleibenden und vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Für körperlich sehr leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, die Einnahme von Zwangshaltungen sowie das längere Stehen und Gehen sollten dabei vermieden werden. Die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei schwierig, doch sei davon auszugehen, dass auch in der Vergangenheit keine längerdauernde, obgenanntes Ausmass übersteigende Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht relevant verbessert werden. Aufgrund der erheblichen Krankheitsüberzeugung könnten keine beruflichen Massnahmen vorgeschlagen werden. Zur Frage, ob sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, wie sie der rechtskräftigen Verfügung vom 2. Dezember 2016 zugrunde gelegen sei, eine Veränderung des Gesundheitszustands ergeben habe, und ob sich durch die genannten Veränderungen die Arbeitsunfähigkeit in angestammter und die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit verändert hätten, hielt der orthopädische Teilgutachter fest, es sei nach lumbaler

Spondylodese zur Veränderung des Gesundheitszustandes im Sinne einer Anschlussdegeneration LWK3/4 sowie zur Veränderung der Arbeitsfähigkeit im angestammten und angepassten Bereich gekommen, wobei der zeitliche Verlauf angesichts der Aktenlage nicht beurteilt werden könne (IV-Nr. 112.7). 6.4.5 Der handchirurgische Teilgutachter, Dr. med. P.____, FMH Handchirurgie, gab aufgrund seiner Untersuchung vom 15. November 2019 an, aus handchirurgischer Sicht seien an der rechten Hand bisher drei Operationen durchgeführt worden. Die erste Operation habe am 24. November 2014 stattgefunden, es sei eine Rhizarthrosenoperation im Daumensattelgelenk rechts nach Lundborg mit Resektion des Os trapezium und Teilresektion Os trapezoideum sowie Karpaltunnel-Spaltung rechts durchgeführt worden. Am 11. Mai 2015 sei dann zusätzlich ein volar ulnares Handgelenksganglion rechts exzidiert sowie die Schraubenarthrodese des DIP-Gelenkes V rechts durchgeführt worden. Beim Ganglion sei es zum Rezidiv gekommen und es sei ulnokarpal erneut eine Operation am 18. September 2015 durchgeführt worden. Sämtliche handchirurgischen Eingriffe hätten im I.____ stattgefunden. Die linke Hand sei beschwerdefrei und bisher sei keine Operation durchgeführt worden. Am 6. Juni 2016 seien die Hände ausführlich durch die Handchirurgie des C.____ beurteilt worden. Zum damaligen Zeitpunkt sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kellnerin attestiert worden. Es sei davon ausgegangen worden, dass in einer angepassten Tätigkeit wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit 50%-Pensum erfolgen werde. Die Explorandin habe seit der Operation im November 2014 nicht mehr gearbeitet. Die Explorandin berichte, dass sie belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen an der rechten Hand habe. Sie sei dort auch im Alltag stark eingeschränkt. Auch sei das Tragen von Tellern oder schwerem Geschirr nicht möglich. Die linke Hand sei beschwerdefrei und bereite keine Schmerzen oder Probleme. Die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lauteten auf «1. Polyarthrose Hände beidseits mit St.n. Rhizarthrosenoperation rechts und Arthrodese DIP-Gelenk V rechts (ICD-Code M15.0)» sowie «2. Narbenbeschwerden ulnar volar Handgelenk rechts nach zweimaliger Ganglionexzision (ICD-Code M67.44)». Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein «1. St.n. Karpaltunnel-Spaltung rechts (ICD-Code G56.0)» und «2. Asymptomatische mittkarpale Hyperlaxität beidseits (ICD-Code M25.34)» angegeben. Die Zusammenfassung der gesundheitlichen und beruflichen Entwicklung aus handchirurgischer Sicht lautete dahingehend, es bestünden polyarthrose Hände beidseits und Beschwerden aufgrund der belastenden Arbeit als Kellnerin zu 50 %. Die durchgeführten Operationen hätten objektiv wie subjektiv zu einer Verbesserung geführt. Es seien eine Einschränkung der Belastbarkeit und Beweglichkeit sowie Restbeschwerden nach zweimaliger Ganglionexzision ulnovolar des Handgelenks rechts zu erwarten. Nach vorübergehend 100%iger Arbeitsunfähigkeit postoperativ sei nun zumindest aus handchirurgischer Sicht wieder eine Arbeitstätigkeit mit leichter Belastung der Hände zu erwarten. Aus handchirurgischer Sicht bestehe ein nachvollziehbarer Verlauf bei Fingerpolyarthrose mit bisher zwei operativen Eingriffen. Diese hätten jeweils zu einer Verbesserung der Situation geführt. Die Druckdolenz und Narbenbeschwerden nach zweimaliger Ganglionexzision ulnar volar am Handgelenk rechts seien schwierig einzuschätzen. Es bestehe kein Verdacht auf eine Nervenläsion in diesem Bereich und es bestehe auch klinisch und radiologisch keine Arthrose im DRU-Gelenk oder eine Problematik im TFCC-Bereich. Hier empfehle sich allenfalls eine MRI-Untersuchung als weiterer Abklärungsschritt. Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität aus handchirurgischer Sicht lautete dahingehend, es bestehe eine nachvollziehbare leichtgradige

Einschränkung der rechten Hand mit Krafteinbusse und Restbeschwerden. Die Einschränkung im Haushalt sei ebenfalls nachvollziehbar auf Grund der verminderten Belastbarkeit der rechten Hand. Die Explorandin weiche auf die linke Hand aus und bekomme Entlastung durch die Mithilfe der Tochter. Die Befunde stimmten weitgehend mit der gutachterlichen Untersuchung der Handchirurgie des C.____ vom 6. Juni 2016 überein. Bei subjektiv unveränderter Beschwerdeangabe seien objektiv leichte Verbesserungen zu verzeichnen, insbesondere im Narbenbereich ulnovolar rechts, wo sich nun kein Tinel-Hoffmann-Zeichen mehr finde und die Druckdolenz und belastungsabhängigen Schmerzen eher nachgelassen hätten. Es bestünden nachvollziehbare Restbeschwerden der rechten Hand bei klinisch und radiologisch nachgewiesener Polyarthrose und Status nach Rhizarthrosenoperation rechts sowie Arthrodesen DIP-Gelenk V rechts. Zusätzlich seien unklare Restbeschwerden im Narbenbereich volar ulnar im Handgelenk rechts nach zweimaliger Ganglionexzision ohne Hinweis auf ein Rezidiv vorhanden. Die Diagnosen seien ungeeignet für einen belastenden, repetitiven Arbeitsablauf, wie z.B. im Service. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, in der bisherigen Tätigkeit bestehe seit November 2014 keine Arbeitsfähigkeit. Eine optimal angepasste Tätigkeit wäre eine leicht belastende Arbeit für die Hände beidseits ohne repetitive Arbeitsabläufe und ohne Kälteexposition. Eine solche Tätigkeit sei während 8 bis 8.5 Stunden pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Zum zeitlichen Verlauf wurde angegeben, die im Gutachten der Handchirurgie des C.____s im Juni 2016 in Aussicht gestellte mittelfristige Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % sei im Laufe der letzten Jahre realisiert worden. Mangels zwischenzeitlicher fachärztlicher Beurteilungen sei die aktuelle Arbeitsfähigkeit spätestens ab November 2019 zu bestätigen. In einer Verweistätigkeit bestehe aus rein handchirurgischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-Nr. 112.10).

6.4.6 Der psychiatrischer Teilgutachter Dr. med. Q.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt aufgrund seiner Untersuchung vom 6. November 2019 fest, die Explorandin habe über Rückenbeschwerden und Beschwerden in der rechten Hand, ansonsten über keine weiteren Beschwerden geklagt. Es könnten keine Diagnosen (mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt werden. Es wurde dargelegt, die Explorandin leide seit Jahren unter Rückenschmerzen und Beschwerden in der rechten Hand. Sie gehe seit dem Jahr 2014 keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Aufgrund ihrer Schmerzen fühle sie sich kaum arbeitsfähig. Im Laufe der letzten Jahre sei es nicht zu einer Schmerzausweitung gekommen. Die Explorandin klage einzig über Schmerzen im unteren Teil des Rückens und über Schmerzen im Bereich der rechten Hand. Trotz ihrer Beschwerden gestalte sie den Alltag aktiv. Mit Hilfe der Schmerzmittel könne sie gut schlafen. Sie habe am Morgen keine Mühe aufzustehen. Bis auf schwere Arbeiten führe sie den Haushalt selbstständig. Sie habe eine gute Beziehung mit ihrem Partner, mit ihren beiden Kindern und sie lebe zusammen mit ihrer jüngeren Tochter in einer gemeinsamen Wohnung. Autofahren sei möglich. Die Explorandin sei im Alltag nicht durch psychische Beschwerden beeinträchtigt. Es sei nicht zu einer Schmerzausweitung gekommen, die Explorandin sehe sich auch in der Lage, allenfalls einer angepassten Tätigkeit nachgehen zu können. Eine Schmerzverarbeitungsstörung oder eine Schmerzstörung könnten nicht diagnostiziert werden. Die Arbeitsfähigkeit müsse rein aus somatischer Sicht beurteilt werden. Die Explorandin habe sich auch noch nie in psychiatrischer Behandlung befunden. Sie werde auch nicht psychopharmakologisch behandelt. Die Beurteilung lautete dahingehend, die Explorandin habe seit jeher eine gute Beziehung mit ihrer Herkunftsfamilie. Nach einer Coiffeurlehre, die sie nicht erfolgreich habe abschliessen können, habe sie bis 2014 im

Service gearbeitet, wobei sie ihr Pensum nach der Rückenoperation im Jahre 2003 auf 50 % reduziert habe. Die Explorandin habe zwei Kinder, mit denen sie einen guten Kontakt habe, sie habe eine gute Beziehung mit ihrem aktuellen Freund. Finanziell sei die Situation etwas angespannt. Die Explorandin leide vor allem unter ihren körperlichen Schmerzen. Im Alltag sei sie nicht durch psychopathologische Symptome beeinträchtigt. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht (IV-Nr. 112.6).

6.5 RAD-Ärztin Dr. med. R.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 26. Februar 2020 dahingehend, seit November 2019 bestehe eine Verbesserung mit einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Verweistätigkeit. Bei leichter Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer und kardiologischer Sicht seit der letzten Verfügung aus dem Jahr 2016 und einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus handchirurgischer Sicht ergebe sich insgesamt eine Verbesserung der interdisziplinären Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten. Effektiv sei die Arbeitsfähigkeit bereits im Jahr 2016 im handchirurgischen Gutachten auf 50 % eingeschätzt worden mit voraussichtlicher Verbesserung auf 100 % im Verlauf. Seither liege keine valide fachärztliche Einschätzung mehr vor. Somit habe die obgenannte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung im November 2019 Geltung (IV-Nr. 115 S. 2).

6.6 In ihrer Stellungnahme vom 20. April 2020 hielt die RAD-Ärztin zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand aus orthopädischer Sicht seit der Rentenzusprache im Jahr 2007 verbessert habe, noch fest, in der vorherigen RAD-Stellungnahme (Dr. med. S.____) sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten vorgelegen. Dies könne anhand des vorliegenden D.____-Gutachtens nicht mehr bestätigt werden, da zwischenzeitlich die empfohlenen Therapien durchgeführt worden seien. Die aktuelle Situation präsentiere sich wie folgt: Aus orthopädischer Sicht bestehe aufgrund des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte und in jeder anderen andauernd stehend und gehend zu verrichtenden oder körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit. Für körperlich sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Auch aus handchirurgischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit aufgrund der Polyarthrose beider Hände mit Status nach Rhizarthrosen-Operation rechts und Arthrodesen der IP-Gelenke V rechts sowie den Narbenbeschwerden ulnar, volar rechts am Handgelenk nach zweimaliger Ganglionexzision nicht mehr möglich. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestehe hingegen aus handchirurgischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Aus kardiologischer Sicht seien aufgrund des paroxysmalen Vorhofflimmerns ebenfalls körperlich schwer belastende Tätigkeiten wie die angestammte Tätigkeit nicht mehr möglich, hingegen körperlich leichte Tätigkeiten. Weder aus angiologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht finde sich eine weitere Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Namentlich der Zustand nach Karotisthrombendariektomie links am 11. September 2018 beeinflusse die Arbeitsfähigkeit bei aktuell einwandfreiem Resultat nicht. Eine psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte und in jeder anderen andauernd stehend und gehend zu verrichtenden oder körperlich mittelschwer und schwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich nur leichte, wechselbelastende, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig umsetzbar bei vermehrtem Pausenbedarf. Die Limitierung betreffe das Lumbovertebralsyndrom (IV-Nr. 117 S. 2 f.).

6.7 Dr. med. T.____, FMH Int.

Schmerztherapie, hielt in seinem Bericht vom 9. Oktober 2020 folgende Diagnosen fest: «1. Invalidisierendes therapieresistentes gemischtes (nozizeptives und neurogenes) Schmerzsyndrom bei FBSS; 2. St. nach Postdiscectomie – Diskushernienoperation L5/S1 links im Jahre 2004; 3. Liquorverlustsyndrom; 4. St. nach dorsoventraler Spondylodese L4/S1 im B.____ 2005; 5. St. nach Exostoseabtragung im B.____ 2007; 6. St. nach mehreren Infiltrationen nach Spondylodese im B.____ und in den letzten zwei Jahren in [...] ohne zufriedenstellende Schmerzreduktion; 7. Rhythmogene und hypertensive Kardiomyopathie mit tachykardem Vorhofflimmern, aktuell Antikoagulation mit Xarelto seit 2016; 8. Bekannte Abgangsstenose der Arteria carotis interna links mit Carotisgabel-Endarterektomie im Jahr 2018; 9. Chronisches therapieresistentes Schmerzsyndrom in der rechten Hand bei St. nach mehreren Operationen bei Polyarthrosen». Unter dem Vermerk «Subjektiv» wurde erwähnt, die Patientin habe im Jahr 2004 erste Beschwerden in Bezug auf Lumbalgie und Ausstrahlung nach links verspürt. Die Diskushernienoperation sei durchgeführt worden. Es habe sich ein Liquorverlustsyndrom und eine Schwäche im linken Bein entwickelt. Es seien weitere drei Operationen erfolgt. Zwischen dem Jahr 2007 und dem Jahr 2016 sei die Patientin nicht beschwerdefrei gewesen, habe mit den Restschmerzen jedoch zu 50 % arbeiten können. Im Jahr 2016 sei die Situation exazerbiert. Zusätzlich sei es zur massiven Problematik mit der rechten Hand gekommen und es seien weitere Operationen erfolgt. Im Jahr 2018 sei es zu einer massiven Exazerbation der Beschwerden in Bezug auf bewegungs- und belastungsabhängige Lumbalgien mit weiterhin Ausstrahlungen ins linke Bein gekommen. Die Patientin sei in [...] beurteilt worden. Es seien diverse diagnostische Infiltrationen durchgeführt worden. Diese hätten jedoch nie eine zufriedenstellende Schmerzreduktion gebracht. Somit hätten keine Indikationen für weitere Operationen gestellt werden können. Die Patientin nehme Pregabalin ein und verspüre jedoch weiterhin massive Schmerzen. Eine Therapie mit Opioiden sei bis anhin nicht durchgeführt worden. Unter dem Vermerk «Objektiv» wurde dargelegt, bei der aktuellen Untersuchung bestehe ein hinkfreies Gangbild. Zehen- und Fersengang seien linksseitig leicht erschwert, jedoch durchführbar. Die LWS-Beweglichkeit sei vor allem bei Reklination massiv eingeschränkt. Die Patientin verspüre Schmerzen lumbosakral. Es bestehe eine Klopfdolenz in den distalen Segmenten im Bereich der Operationsnarbe und eine leichte Druckdolenz über dem Iliosakralgelenk (ISG) links. Zum «Procedere» wurde angegeben, es bestehe ein chronisches therapieresistentes Schmerzsyndrom bei FBSS (Failed-Back-Surgery-Syndrom). Die Infiltrationen hätten keine wesentliche Schmerzreduktion gebracht. Eine Indikation für weitere Operationen habe durch Dr. med. U.____ nicht gestellt werden können. Somit stehe eine Langzeitopiattherapie oder Neuromodulation zur Diskussion. Bei der Konsultation am 8. Oktober 2020 sei die Patientin gründlich über die Testimplantation eines Rückenmarkstimulators informiert worden. Es werde in der Regel eine ca. 10-tägige Testphase mit einem externen System durchgeführt. Im Falle einer zufriedenstellenden Schmerzreduktion während der Testphase könne zu einem späteren Zeitpunkt ein definitiver Stimulator implantiert werden (IV-Nr. 139 S. 29 f.; BB 5). 6.8 Dem Arztbericht der aktuell betreuenden Hausärztin, pract. med. V.____, vom 23. November 2021 kann entnommen werden, die Patientin werde von ihr seit dem 29. Juni 2021 ärztlich betreut. Aktenanamnestisch bestehe bei der Patientin ein invalidisierendes, therapieresistentes gemischtes (nozizeptives und neurogenes) Schmerzsyndrom bei FBSS. Die geplante Implantation eines Neurostimulators habe im letzten Jahr aufgrund von COVID verschoben werden müssen. Im Juni 2021 (Erstkonsultation) seien bei der Patientin

neu Thoraxschmerzen im Vordergrund gestanden, weshalb eine Abklärung bei den Kardiologen erfolgt sei. Dabei hätten sich glücklicherweise keine Hinweise auf eine koronare Herzkrankheit ergeben, sodass man auch hier von einem muskuloskelettalen Problem, möglicherweise im Rahmen der Skoliose der Wirbelsäule, sowie bei Trichterbrust ausgehe. Akzentuiert werde dieses Problem durch die Schonhaltung der Patientin, welche sie aufgrund der lumbalen Rückenschmerzen einnehme (Inklination/gebückte Haltung). Aktuell berichte die Patientin über permanente lumbospondylogene Schmerzen, welche unter Belastung (vor allem bei Reklination der Wirbelsäule) exazerbierten, sodass die Patientin Haushaltarbeiten nicht ohne Unterbruch durchführen könne. Da diverse Analgetika keinen oder einen ungenügenden Effekt hätten und man eine Opiatabhängigkeit vermeiden wolle, sei die Patientin nun nochmals zu Dr. med. T.____ (Schmerzzentrum [...]) zugewiesen worden, um die Option des Neurostimulators nochmals zu besprechen (IV-Nr. 135 S. 2). 6.9 Dr. med. T.____ hielt in seinem Arztbericht vom 7. Januar 2022 fest, die Situation habe sich in letzter Zeit deutlich verschlechtert. Die Patientin erwache mehrmals pro Nacht und schätze die Schmerzstärke zwischen 3 und 9 in der visuellen Analogskala (VAS) ein. Bei Bewegungen und Belastungen komme es zur massiven Zunahme der Beschwerden. Im Herbst 2020 sei mit der Patientin bereits eine eventuelle Testimplantation eines Rückenmarkstimulators besprochen worden. Seitdem habe sich die Situation verschlechtert. Um die Implantation vornehmen zu können, müsste zuerst eine Testphase mit einem externen System durchgeführt werden. Vor der Testphase müsste die Patientin die Xarelto-Therapie absetzen, was mit erheblichen Komplikationen verbunden sein könnte. Zum Procedere wurde Folgendes festgehalten: das MRI und die Röntgenbilder seien zu aktualisieren. Gleichzeitig werde die Patientin noch als letzte Option eine orale Therapie mit Palexia ausprobieren. Mit der Patientin sei ein weiterer Termin vereinbart worden zur Beurteilung der Röntgenbilder und zur Kontrolle in Bezug auf die Opiattherapie. Es sei auch über eine eventuelle Akupunktur-Therapie und eine Selbsthilfegruppe für Schmerzpatienten diskutiert worden (IV-Nr. 139 S. 27 f.; BB 4). 6.10 Aus dem Bericht von Dr. med. T.____ von 19. Januar 2022 geht hervor, die Palexia-Therapie habe bis anhin sehr starke Nebenwirkungen gebracht und die Patientin sei wegen Gleichgewichtsstörungen gestürzt. Die Schmerzsituation habe sich noch nicht gebessert. Bei Verschlechterung der Situation in Bezug auf die Nebenwirkungen sei der Patientin empfohlen worden, die Therapie abzubrechen. Es bestehe eine sehr unzufriedenstellende Situation. Die MRI-Untersuchung der LWS sei inzwischen durchgeführt worden. Eine Lockerung der Schraube habe nicht bestätigt werden können, auch bestehe keine Fraktur, dafür eine deutliche Segmentdegeneration L3/4 (Nachbarsegment). In diesem Bereich sei eine Spondylarthrose sowie eine relative Spinalkanalstenose diagnostiziert worden. Diesbezüglich könnten eventuell die Infiltrationen diskutiert werden. Für die Infiltrationen müsste natürlich die Xarelto-Therapie sistiert werden, was mit Komplikationen verbunden sei. Es bestehe wirklich eine invalidisierende Situation. Die Patientin sei für eine interdisziplinäre Beurteilung im Rahmen des Wirbelsäulenforums angemeldet worden; wegen Corona finde dieses erst Ende März 2022 statt (IV-Nr. 139 S. 26; BB 3).

E. 3

Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 4

Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und sie sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch die Unterzeichnende zu gewähren.

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine Stellungnahme verzichtet (A.S. 28). 2.3 Mit Instruktionsverfügung vom 19. Juli 2022 wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwältin Gabriela Grob Hügli als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt (A.S. 29 f.). 2.4 Am 19. August 2022 reicht die Vertreterin der Beschwerdeführerin ihre Kostennoten ein (A.S. 31 ff.). Diese werden in der Folge der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt (A.S. 36). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin ab 1. März 2022 weiterhin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. Januar 2022 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 1.3 Am 1. Januar 2022 sind zahlreiche Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in Kraft getreten. Die im Jahr 1965 geborene Beschwerdeführerin, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist, hat das 55. Altersjahr bei Inkrafttreten dieser Änderung vollendet, weshalb für sie das bisher geltende Recht anzuwenden ist (vgl. IVG, Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. c). Die bisher gültig gewesenen Bestimmungen werden in der Folge auch zitiert. 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 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; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). 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; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 7.1.1

Die Beschwerdegegnerin hob mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 7. Januar 2022 die der Beschwerdeführerin bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente auf Ende Februar 2022 auf und begründete dies im Wesentlichen damit, eine Verbesserung des Gesundheitszustands aus handchirurgischer Sicht sei im Vergleich zum Jahr 2016 (Rentenerhöhung) ausgewiesen. Für eine leichte, wechselbelastende Verweistätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die geringe kardiologische Einbusse wirke sich nicht zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aus orthopädischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Bei Rentenzusprache habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Service bestanden. Diese Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. In einer Verweistätigkeit bestehe jedoch ebenfalls eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Der neu errechnete Invaliditätsgrad betrage nurmehr 15 %, weshalb die ganze Invalidenrente aufgehoben werde. Bereits aus dem Umstand, dass sich der Gesundheitszustand aus handchirurgischer Sicht seit der Rentenerhöhung im Jahr 2015 gebessert habe, sei ein Revisionsgrund abzuleiten. Somit könne im Rahmen der Invaliditätsbemessung auch die Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht neu beurteilt werden. Auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit könne abgestellt werden. Diesbezüglich sei ausserdem darauf hinzuweisen, dass bereits im Rahmen der ursprünglichen Rentenzusprache der RAD in seiner Stellungnahme vom 1. Juli 2005 erwähnt habe, dass in einem Bereich mit Wechselbelastung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehen würde. Da die Beschwerdeführerin dazumal aber eine 50%ige Anstellung im Service gehabt habe, sei sie als optimal eingegliedert beurteilt worden und es sei auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit abgestellt worden. Inzwischen gehe die Beschwerdeführerin aber keiner Arbeitstätigkeit mehr nach, weshalb es naheliegend und zulässig sei, nun im Rahmen der umfassenden Revision auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit abzustellen. Damit seien keine revisionsrechtlichen Bestimmungen verletzt worden. An dieser Einschätzung vermöge auch der Bericht der aktuellen Hausärztin med. pract. V. ___ vom 23. November 2021 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) nichts zu ändern (A.S. 1 ff.).

E. 7.1.2

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, es sei ihr weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen dargelegt, die Erhöhung auf eine ganze Invalidenrente sei wegen der Handproblematik erfolgt. Damals sei ein handchirurgisches Gutachten durch das C. ___ erstellt worden, welches zum Schluss gekommen sei, dass wegen der Beeinträchtigung der rechten Hand aktuell keine Arbeitsfähigkeit vorliege. Zur Rückenproblematik habe sich das C. ___ nicht explizit geäußert, sodass als Referenzzeitpunkt für die Rückenbeeinträchtigung die Verfügung vom 23. Februar 2007 herangezogen werden müsse. Als zeitlicher Anhaltspunkt für den Gesundheitsschaden an der rechten Hand sei hingegen die Verfügung vom 24. Oktober 2016 zu berücksichtigen. Im Weiteren sei im Rahmen der orthopädischen Teilbegutachtung vom 6. November 2019 die Diagnose eines chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms mit Status nach diversen Operationen gestellt worden.

Zudem sei radiologisch eine deutliche Anschlussdegeneration im Sinne einer Spondylarthrose und Anterolisthese festgestellt worden. Dabei handle es sich ■ mit Ausnahme der Verschlechterung durch die Anschlussdegeneration ■ im Wesentlichen um die gleiche Diagnose, welche mit Verfügung vom 23. Februar 2007 zur Zusprache der halben Invalidenrente geführt habe. Im Gegensatz zur damaligen Rentenzusprache erachte der D.____-Gutachter die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte neu zu 100 % arbeitsunfähig; bei der ersten Rentenzusprache sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit noch auf 50 % festgesetzt worden. Der Gutachter gehe somit von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands aus, welche er mit der Anschlussdegeneration nach lumbaler Spondylodese begründe. Aufgrund dieser objektiven Verschlechterung komme der Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin zumindest seit der Begutachtung in der angestammten Tätigkeit bleibend und vollständig arbeitsunfähig sei. Für körperlich sehr leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne die Einnahme von Zwangshaltungen sowie ohne längeres Gehen und Stehen attestiere der Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Wie der Gutachter richtig bemerke, sei eine rückwirkende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit schwierig. Vorliegend handle es sich seit der ersten Rentenzusprache denn auch um einen weit zurückliegenden Zeitraum. Es sei somit nicht nachvollziehbar, inwieweit zuverlässig beurteilt werden könnte, dass eine Verweistätigkeit zu 80 % allenfalls seit jeher möglich gewesen wäre. Eine Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 80 % könne nicht nachvollzogen werden. Vergleiche man die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin im Februar 2007 (Erlass der Rentenverfügung) mit derjenigen zum Zeitpunkt des aktuellen Verfügungserlasses, so sei keine Verbesserung ersichtlich. Im Ergebnis handle es sich also lediglich um eine andere Einschätzung eines an sich gleichen Sachverhaltes. Dies habe revisionsrechtlich keine Bedeutung. Die Schmerzzunahme habe sogar dazu geführt, dass das Einsetzen eines Neurostimulators vorgesehen gewesen sei. In der Zwischenzeit habe sich jedoch herausgestellt, dass der Einsatz eines solchen Implantats zu heikel sei. Dass sich der Gesundheitsschaden nicht verbessert habe, belegten neue schmerzmedizinische Berichte. Im Weiteren sei die Beschwerdeführerin am 15. November 2019 durch das D.____ handchirurgisch begutachtet worden. Die Ausführungen des Gutachters seien widersprüchlich. Im Vergleich zum Gutachten des C.____ könne nicht von einer subjektiv wesentlichen Verbesserung ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin präsentiere ihre Angaben in etwa gleich. Lediglich das Einschlafgefühl und das Kribbeln der Hände habe nicht mehr bestanden, dafür sei es zu zusätzlichen Schmerzen bei Belastung im DIP-Gelenk des Zeigefingers rechts gekommen. Ebenso seien Kraft und Beweglichkeit weiterhin eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin mache zudem Schmerzen bei Belastung und Bewegung ulnar volar am Handgelenk rechts im Narbenbereich geltend. Der Gutachter hingegen sehe eine leichte Verbesserung insbesondere im Narbenbereich, weil die Druckdolenz und belastungsabhängigen Schmerzen eher nachgelassen hätten. Eine überzeugende Begründung, welche dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügen könnte, liege nicht vor. Ein Revisionsgrund könne auch aus handchirurgischer Sicht nicht erblickt werden. Schliesslich seien die Voraussetzungen einer zweifellosen Unrichtigkeit der Verfügung vom 23. Februar 2007 nicht erfüllt, weshalb die Rente auch gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG nicht aufgehoben werden könne (A.S. 7 ff.).

E. 7.3.1

Bei der vorliegend zu prüfenden Frage, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG gegeben ist, ist zunächst der Verlauf des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin aus handchirurgischer Sicht zu beurteilen. Der mit rechtskräftigen Verfügungen vom 24. Oktober 2016 (IV-Nr. 79 S. 2 ff.) und 2. Dezember 2016 (IV-Nr. 81) erfolgten Erhöhung der Invalidenrente von 50 % auf 100 % ab 1. März 2015 lag das Gutachten des C.____, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, vom 6. Juni 2016 (Untersuchungen vom 5. und 9. Februar 2016) zu Grunde, worin im Rahmen der Gesamtbeurteilung zusammenfassend festgestellt wurde, die Beschwerdeführerin sei ergotherapeutisch noch nicht genügend behandelt worden. Mittels einer klientenzentrierten und ganzheitlichen Therapie könnten weitere Fortschritte und dadurch eine Schmerzlinderung erzielt werden. Es wurden aus handchirurgischer Sicht die Diagnosen eines Rehabilitationsdefizits mit Narbenbeschwerden an der Hand rechts mit ulnopalmaren Narbenschmerzen und Kraftminderung, einer Polyarthrose, eines Status nach Karpaltunnelspalnung, eines Morbus Dupuytren Strahl IV/V rechts und einer asymptomatischen midkarpalen Hyperlaxität gestellt und dargelegt, am ehesten bestünden ein Rehabilitationsdefizit sowie Narbenbeschwerden nach multiplen handchirurgischen Eingriffen. Es werde eine intensive Handtherapie zur Narbenbehandlung und Kräftigung sowie zur verbesserten Koordination vorgeschlagen. Zur Arbeitsfähigkeit aus handchirurgischer Sicht wurde erklärt, nach der empfohlenen Handtherapie erfolge eine Wiedereingliederung in die Arbeitstätigkeit mit einem Pensum von 50 % und dem Ziel einer 100%igen Arbeitsfähigkeit. Inwieweit wieder die gleiche Arbeits- und Leistungsfähigkeit erreicht werden könne, wie vor den handchirurgischen Eingriffen im Jahr 2014, könne zum aktuellen Zeitpunkt nicht sicher vorausgesagt werden. Sicherlich sei eine stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen, z.B. beginnend mit 50 % Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 70.2 S. 12 ff.).

E. 7.3.2

Demgegenüber stellte der handchirurgische D.____-Teilgutachter, Dr. med. P.____, in seinem aufgrund seiner Untersuchung vom 15. November 2019 erstellten Teilgutachten die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Polyarthrose der Hände beidseits mit Status nach Rhizarthrosenoperation rechts und Arthrodesse DIP-Gelenk V rechts sowie Narbenbeschwerden ulnar volar am Handgelenk rechts nach zweimaliger Ganglionexzision und legte dar, die durchgeführten Operationen hätten sowohl objektiv als auch subjektiv zu einer Verbesserung geführt. Nach vorübergehender 100%iger Arbeitsunfähigkeit postoperativ sei nun zumindest aus handchirurgischer Sicht wieder eine Arbeitstätigkeit mit leichter Belastung der Hände zu erwarten. Der handchirurgische D.____-Teilgutachter kam zum Schluss, es bestehe eine nachvollziehbare leichtgradige Einschränkung der rechten Hand mit Krafteinbusse und Restbeschwerden. Die Befunde stimmten weitgehend mit der gutachterlichen Untersuchung der Handchirurgie des C.____ vom 6. Juni 2016 überein. Bei subjektiv unveränderter Beschwerdeangabe seien objektiv leichte Verbesserungen zu verzeichnen, insbesondere im Narbenbereich ulnovolar rechts, wo sich nun kein Tinel-Hoffmann-Zeichen mehr finden lasse und die Druckdolenz und die belastungsabhängigen Schmerzen eher nachgelassen hätten. In der bisherigen Tätigkeit im Service bestehe seit November 2014 zwar nach wie vor keine Arbeitsfähigkeit, eine leicht belastende Arbeit für die Hände beidseits sei jedoch zuzumuten, wobei repetitive Arbeitsabläufe und eine Kälteexposition zu vermeiden seien. In einer solchen adaptierten Arbeitstätigkeit bestehe eine vollumfängliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dr. med. P.____ stellte abschliessend fest, die im Gutachten der Handchirurgie des C.____ vom 6. Juni

2016 in Aussicht gestellte mittelfristige Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % sei im Laufe der letzten Jahre realisiert worden. Mangels zwischenzeitlicher fachärztlicher Beurteilungen sei die aktuelle Arbeitsfähigkeit spätestens ab November 2019 zu bestätigen. Verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenerhöhung im Jahr 2016 (IV-Grad von 100 %) hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit wesentlich verbessert (IV-Nr. 112.10 S. 4 ff.). Diese Einschätzung wurde im Rahmen der Gesamtbeurteilung übernommen (IV-Nr. 112.3 S. 6 Ziff. 4.3).

E. 7.3.3

Nach einem Vergleich der handchirurgischen Begutachtungsergebnisse des C.____ vom 6. Juni 2016 und von Dr. med. P.____ vom 15. November 2019 ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus handchirurgischer Sicht nach den durchgeführten Operationen insoweit verbessert hat, als sich insbesondere im Narbenbereich ulnovolar rechts kein Tinel-Hoffmann-Zeichen (Hinweis auf ein Karpaltunnelsyndrom mit Kompression bzw. Schädigung des Nervus medianus) mehr finden lässt und die Druckdolenz und die belastungsabhängigen Schmerzen eher nachgelassen haben. Während im Zeitpunkt der Beurteilung durch die Handchirurgie des C.____ in einer angepassten Tätigkeit noch keine Arbeitsfähigkeit attestiert werden konnte, stellte Dr. med. P.____ in einer angepassten Tätigkeit (leicht belastende Arbeit für die Hände beidseits, keine repetitiven Arbeitsabläufe, keine Kälteexposition) eine vollumfängliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit fest. Zum zeitlichen Verlauf hielt er fest, die im Gutachten der Handchirurgie des C.____ im Juni 2016 in Aussicht gestellte mittelfristige Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % sei im Laufe der letzten Jahre realisiert worden und könne spätestens seit seiner Begutachtung im November 2019 bestätigt werden. Dementsprechend gab auch die Beschwerdeführerin in ihrer Selbsteinschätzung an, eine leichte Arbeit könne sie sich rein aus Sicht der Hände vorstellen (IV-Nr. 112.10 S. 3). Diese Einschätzung entspricht auch der Auffassung der RAD-Ärztin Dr. med. R.____ in ihren Stellungnahmen vom 26. Februar und 20. April 2020, wonach sich die Arbeitsfähigkeit aus handchirurgischer Sicht verbessert habe und für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-Nr. 115 S. 2 und 117 S. 2). Damit übereinstimmend geht aus dem Protokoll betreffend berufliche Massnahmen vom 29. September 2020 hervor, die Beschwerdeführerin habe angegeben, die Handproblematik habe sich verbessert und sie könne mit den bestehenden Einschränkungen leben (IV-Nr. 121 S. 2). Damit ist im Vergleich zur Situation im Jahr 2016 eine relevante gesundheitliche Verbesserung der Handproblematik ausgewiesen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann nicht gesagt werden, bei der nun neu attestierten vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit handle es sich um eine andere Einschätzung eines gleichgebliebenen Sachverhalts. Es bestehen auch keine Hinweise für widersprüchliche Angaben seitens des handchirurgischen Teilgutachters.

E. 7.3.4

Anlass zu einer Rentenrevision gibt grundsätzlich jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Zu vergleichen sind der Sachverhalt, wie er der letzten Leistungsverfügung zugrunde lag mit demjenigen, der sich im Zeitpunkt der neuerlichen Leistungsverfügung präsentiert. Die Rechtsprechung geht dabei keineswegs davon aus, dass nur eine direkt anspruchserhebliche tatsächliche Veränderung des Gesundheitszustands der versicherten Person zur Revision führen kann. Massgebend ist vielmehr das gesamte

anspruchserhebliche Tatsachenspektrum. Die Änderung tatsächlicher Natur muss nur ■ aber immerhin ■ so beschaffen sein, dass sie sich rechtlich erheblich auf den laufenden Rentenanspruch auswirkt. Dies trifft zu auf Tatsachen, die neu zum Ausschluss eines potentiell die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschadens führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_113/2021 vom 23. Juni 2021 E. 4.3. mit Hinweisen). Die weggefallene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus handchirurgischer Sicht in einer angepassten Verweistätigkeit kann sich auf den laufenden Rentenanspruch der Beschwerdeführerin auswirken. Ein Revisionsgrund liegt somit vor. Demnach ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro umfassend zu prüfen. Hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus handchirurgischer Sicht seit den Verfügungen vom 24. Oktober und 2. Dezember 2016 gebessert und ist (bereits) insofern ein Revisionsgrund gegeben, ist im Rahmen der Invaliditätsbemessung auch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bezüglich ihres Rückenleidens neu zu beurteilen (BGE 141 V 9; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_289/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 5).

E. 8

8.1 Zur Rückenproblematik äusserte sich das C.____ in seinem Gutachten vom 6. Juni 2016 nicht explizit, sodass als Referenzzeitpunkt für die Rückenproblematik die früheren ärztlichen Berichte heranzuziehen sind, welche Grundlage der leistungszusprechenden Verfügungen vom 23. Februar 2007 waren. Im Bericht der G.____ vom 23. November 2006 wurden die Diagnose «Periostreizung bei Spongiosaentnahme bei Status nach Spondylodese von dorsal L4 bis S1 und ventraler Spondylodese L4 bis S1 mit Titan und autologem Knochen am 6. April 2005 bei: Status nach Segmentdegeneration L4/5, L5/S1 und Status nach Dekompression L5/S+, auswärts» gestellt. Zum CT der LWS wurde angegeben, bei Status nach Spondylodese L4-S1 zeigten sich ein regelrechtes Alignment und eine regelrechte Lage des Spondylodesematerials ohne Lockerung. Es zeige sich eine Fusion der operierten Segmente. Des Weiteren zeige sich im Bereich der Knochenentnahmestelle am rechten hintern Beckenkammknochen ein entsprechender Defekt mit einer geringen prominenten Hyperostose dorsal. Zur Beurteilung wurde dargelegt, es bestehe weiterhin der Verdacht auf eine Periostreizung im Bereich der Knochenentnahmestelle rechts. Aufgrund des hohen Leidensdruckes der Patientin sei die Möglichkeit einer Hyperostosenabtragung dargelegt worden (IV-Nr. 28). Gemäss letztem Bericht vom 27. Februar 2007 bestand sechs Wochen nach Abtragung einer Exostose am dorsalen Beckenkamm ein sehr guter Verlauf, sodass die Behandlung abgeschlossen worden sei. Die Arbeitsfähigkeit im Service von weiterhin 50 % habe gesteigert werden können (vgl. IV-Nr. 112.7 S. 8).

8.2 Demgegenüber stellte Dr. med. O.____ im orthopädischen D.____-Teilgutachten aufgrund seiner Untersuchung vom 6. November 2019 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/Z98.8)», wobei u.a. vermerkt wurde, radiologisch bestehe eine deutliche Anschlussdegeneration im Sinne einer Spondylarthrose und Anterolisthese LWK3/4 (MRI 08.11.2019). Es wurde angegeben, die Beschwerdeführerin beklage chronische, seit etwa einem Jahr deutlich zunehmende tieflumbale Rückenschmerzen ohne Ausstrahlung in die unteren Extremitäten. Nach bei Diskushernie und Radikulopathie L5 links vor fünfzehn Jahren erfolgtem Eingriff sei es zu keiner Linderung, nach vor vierzehn Jahren durchgeführter Spondylodese LWK4/SWK1 aber zu einer gewissen Besserung gekommen.

Der orthopädische Teilgutachter stellte aufgrund der aktuellen Untersuchung zusammenfassend fest, die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde im Sinne einer Anschlussdegeneration nach lumbaler Spondylodese liessen sich weitgehend begründen. Für andauernd stehende und gehende sowie körperlich mittelschwere und schwere Verrichtungen einschliesslich jene im Service bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich sehr leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, die Einnahme von Zwangshaltungen sowie das längere Stehen und Gehen sollten vermieden werden. Auf die Frage, ob sich die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und diejenige in einer angepassten Verweistätigkeit verändert hätten, gab der orthopädische Teilgutachter an, es sei nach lumbaler Spondylodese zur Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne einer Anschlussdegeneration LWK3/4 sowie zur Veränderung der Arbeitsfähigkeit im angestammten und angepassten Bereich gekommen, wobei der zeitliche Verlauf angesichts der Aktenlage nicht beurteilt werden könne (IV-Nr. 112.7 S. 6 ff.). Diese Einschätzung des orthopädischen Teilgutachters wurde im Rahmen der Gesamtbeurteilung übernommen (IV-Nr. 112.3 S. 6 Ziff. 4.3).

8.3 Aufgrund der Angaben von Dr. med. O.____ ist von einer leichten Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht auszugehen, da es nach der lumbalen Spondylodese zu einer Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne einer Anschlussdegeneration LWK3/4 sowie zu einer Veränderung der Arbeitsfähigkeit im angestammten und angepassten Bereich kam. Im Gegensatz zur damaligen Rentenzusprache erachtet der orthopädische Teilgutachter die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte neu als zu 100 % arbeitsunfähig. Bei der ersten Rentenzusprache wurde noch von einer Arbeits(un)fähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Ausmass von 50 % ausgegangen. Für körperlich sehr leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung besteht aufgrund der aktuellen Untersuchung des orthopädischen Teilgutachters eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprache wurde in der Stellungnahme des RAD vom 1. Juli 2005 erwähnt, in einem Bereich mit Wechselbelastung würde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehen (vgl. IV-Nr. 14). Da die Beschwerdeführerin damals aber ein 50%-Anstellung im Service hatte, wurde sie als optimal eingegliedert beurteilt und es wurde auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit abgestellt (vgl. A.S. 3).

8.4 Im Rahmen der Gesamtbeurteilung kommen die D.____-Gutachter zum Schluss, bei leichter Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer und kardiologischer Sicht und einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus handchirurgischer Sicht ergebe sich insgesamt eine Verbesserung der interdisziplinären Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten. Die Gesamtarbeitsunfähigkeit sei durch die genannten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit begründet. Die um 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestehe aufgrund der orthopädischen Diagnose. Die geringe kardiologische Einbusse wirke sich nicht additiv aus. Abschliessend wird die den Gutachtern gestellte Frage, ob sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage im Zeitpunkt

der Verfügungen vom 24. Oktober und 2. Dezember 2016 eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe, bejaht (vgl. IV-Nr. 112.3 S. 7 f.). In diesem Sinne äussert sich auch die RAD-Ärztin Dr. med. R.____ in ihren Stellungnahmen vom 26. Februar und 20. April 2020, wonach seit November 2019 eine Verbesserung des Gesundheitszustands mit einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Verweistätigkeit bestehe (IV-Nr. 115 S. 2 und 117 S. 2). Auf diese durch die D.____-Gutachter vorgenommene, plausibel begründete und damit überzeugende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, welche von der RAD-Ärztin bestätigt wird, ist abzustellen. Dass sich die Beschwerdeführerin wegen Beschwerden im lumbalen Bereich von Dr. med. T.____ ([...] behandeln lässt (vgl. Berichte vom 9. Oktober 2020, 7. und 19. Januar 2022 [BB 3 ff.]) vermag die Untersuchungsergebnisse und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den orthopädischen Teilgutachter Dr. med. O.____ nicht in Frage zu stellen. Im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit wurde den bestehenden Beschwerden mit der um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit wegen des vermehrten Pausenbedarfs Rechnung getragen.

E. 9

9.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Die Beschwerdeführerin begann eine Lehre als Coiffeuse, schloss diese jedoch nicht ab. In der Folge war sie als Serviceangestellte von 2000 bis 2001 im Restaurant [...], [...], und ab 1. Februar 2002 im Café [...], [...], tätig (IV-Nr. 1 S. 5, 11 und 23 S. 2). Am 1. Juni 2010 konnte sie eine neue Stelle im Service und am Buffet im Zunfthaus [...], [...], antreten (IV-Nr. 42 S. 1). Sodann war sie zuletzt ab dem 18. März 2013 als Serviceangestellte mit unregelmässigem Teilzeitpensum im Restaurant [...], [...], tätig (IV-Nr. 54 S. 2 und 57). Seit der ersten Handoperation vom 24. November 2014 ist sie nicht mehr erwerbstätig (IV-Nr. 112.3 S. 4, 112.5 S. 2, 112.6 S. 2, 112.7 S. 3 und 112.10 S. 2). Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen anhand der Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018, wobei sie das Valideneinkommen unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit auf CHF 51'222.00 (recte: CHF 51'122.00) festsetzte (TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Ziff. 55 bis 56 [Gastronomie], Frauen, Kompetenzniveau 1 [Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art], CHF 4'019.00 x 12 Monate, Aufrechnung Wochenstunden [: 40 x 42.4]). Dieses Vorgehen lässt sich mit Blick darauf, dass die letzte unregelmässige Erwerbstätigkeit schon einige Jahre zurückliegt, nicht beanstanden. Demnach ist von einem Valideneinkommen von CHF 51'122.00 auszugehen.

E. 9.2.1

Da die Beschwerdeführerin seither keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens ebenfalls die Tabellenwerte der LSE 2018 heranzuziehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Nach den hier massgebenden Angaben der D. ___-Gutachter ist die Beschwerdeführerin in der Lage, eine ihrem Rücken- und Handleiden optimal angepasste Verweistätigkeit, d.h. eine körperlich sehr leichte, wechselbelastende (immer wieder auch sitzende) Tätigkeit, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne die Einnahme von Zwangshaltungen sowie ohne längeres Stehen und Gehen, ohne repetitive Arbeitsabläufe und ohne Kälteexposition, mit einem Pensum von 100 % auszuüben, wobei wegen des vermehrten Pausenbedarfs eine um 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit besteht. Demnach ist sie in der Lage, ein Einkommen von CHF 43'745.00 (vgl. LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, CHF 4'371.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden [: 40 x 41.7; 80 %) zu erzielen.

E. 9.2.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einer invaliden versicherten Person, die wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau einer voll leistungsfähigen Hilfsarbeiterin in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Weil gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und daher in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen, sind die statistischen Tabellenlöhne gegebenenfalls zu kürzen. Daher ist zwar nicht automatisch und in jedem Fall, aber doch in aller Regel bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und/oder behinderungsbedingten zusätzlichen Limitierungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl., 2022, Art. 28a, S. 331 f. Rz. 105).

Die Beschwerdegegnerin gewährte keinen leidensbedingten Abzug. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nur noch körperlich sehr leichte, wechselbelastende und rücken- sowie handadaptierte Verweistätigkeiten ausüben kann, rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn, zumal mit der um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit dem vermehrten Pausenbedarf Rechnung getragen wird. Mit Blick auf den herangezogenen Tabellenlohn besteht kein Anlass für einen leidensbedingten Abzug, weil jener im hier anwendbaren Kompetenzniveau bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 mit Hinweisen). Die mehrjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und das fortgeschrittene Arbeitsalter von 56 ½ Jahren im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung begründen bezogen auf das Kompetenzniveau 1 keinen Abzug. Damit bleibt es bei einem Invalideneinkommen von CHF 43'745.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 51'122.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von 14.43 % bzw. ■ abgerundet ■ von 14 %. Damit besteht kein Rentenanspruch mehr (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Dies wäre selbst bei Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % der Fall. Sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen werden von der Beschwerdeführerin nicht

bestritten.

E. 10

10.1 Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211 f.).

10.2 Vorliegend bezieht die 1965 geborene Beschwerdeführerin seit dem 1. Januar 2005 eine halbe bzw. ganze Invalidenrente, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 7. Januar 2022 somit seit mehr als 15 Jahren; ausserdem war sie bei Erlass der Rentenverfügung 56 ½ Jahre alt. Deshalb ist im Sinne der vorerwähnten Rechtsprechung vor einer Rentenaufhebung zu prüfen, ob Eingliederungsmassnahmen erforderlich sind. Die Beschwerdegegnerin hob die bisher gewährte ganze Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung auf Ende Februar 2022 auf, ohne berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Sie begründete dies damit, die Beschwerdeführerin sei anlässlich des Gesprächs vom 29. September 2020 über die Möglichkeit der Teilnahme an beruflichen Eingliederungsmassnahmen aufgeklärt worden. Sie habe sich in diesem Zeitpunkt noch nicht entscheiden können, ob sie an beruflichen Eingliederungsmassnahmen mitwirken wolle bzw. könne und habe sich für eine entsprechende Bedenkfrist von 7 Tagen entschieden. Eine schriftliche Rückmeldung, ob die Beschwerdeführerin an beruflichen Eingliederungsmassnahmen mitwirken wolle oder nicht, sei nicht eingegangen. Dementsprechend sei von einem Verzicht auszugehen. Einzig beim Telefongespräch vom 9. Oktober 2020 habe sich die Beschwerdeführerin geäussert, dass aus ihrer Sicht aktuell Eingliederungsmassnahmen nicht möglich seien. Aus diesem Grund könne die Rente ohne vorgängige berufliche Eingliederungsmassnahmen aufgehoben werden (A.S. 3). Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, sie sei beruflichen Massnahmen in keiner Weise abgeneigt. Aus gesundheitlichen Gründen sei eine Eingliederung im Oktober 2020 jedoch nicht möglich gewesen. Dabei sei auch auf den Bericht der W.____ vom 9. Oktober 2020 zu verweisen. Sofern die Beschwerdegegnerin das allfällige Ausbleiben einer schriftlichen Rückmeldung zum Anlass nehme, künftige Eingliederungsmassnahmen zu verweigern, so sei darauf hinzuweisen, dass mit Schreiben vom 26. November 2021 mitgeteilt worden sei, dass aus Sicht der Beschwerdeführerin das entsprechende Formular der Beschwerdegegnerin übermittelt worden sei. Eine Verweigerung entsprechender Massnahmen aufgrund einer allfällig fehlenden

Mitwirkungspflicht wäre denn auch erst nach korrekter Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens möglich (Beschwerde, S. 12 f.).

10.3 Gemäss Aktenlage wurde die Beschwerdeführerin am 29. September 2020 zu einem Gespräch mit der Beschwerdegegnerin über das weitere Vorgehen eingeladen (IV-Nr. 120), wobei vorgängig zwei Termine auf Bitte der Beschwerdeführerin verschoben worden waren (IV-Nr. 118 f.; vgl. Protokolleinträge vom 8. und 26. Juni 2020). Beim Telefongespräch vom 26. Juni 2020 wurde laut Protokolleintrag ein «Anspruch auf berufliche Massnahmen (15/55)» erwähnt, wobei die Beschwerdeführerin erklärt habe, sie sei zurzeit nicht arbeitsfähig und wolle eine Untersuchung bei Dr. med. U.____ abwarten. Am 21. August 2020 fragte die Beschwerdegegnerin telefonisch bei der Beschwerdeführerin nach und erfuhr, die Untersuchung bei Dr. med. U.____ habe nichts Neues ergeben. Die Schmerzen hätten keinen Zusammenhang mit den Schrauben. Gemäss dem Protokoll über das Gespräch vom 29. September 2020 unterbreitete die Beschwerdeführerin einen konkreten Vorschlag für Wiedereingliederungsmassnahmen nach Art. 8 IVG. Auf die Frage, ob sie sich eine aktive Mitwirkung vorstellen könne, antwortete die Beschwerdeführerin, dies sei der Fall, sie wolle diesen Schritt aber zuerst mit dem Arzt der W.____ besprechen (IV-Nr. 121 S. 2). Das Protokoll hält weiter fest, der Beschwerdeführerin werde nach Abschluss des Gesprächs das Erklärungsschreiben zum Entscheid und anschliessender Unterschrift vorgelegt (IV-Nr. 121 S. 3). Auf der «Erklärung betreffend berufliche Eingliederungsmassnahmen» vom 29. September 2020 gab die Beschwerdeführerin an, sie benötige eine Bedenkzeit, um sich zu entscheiden, ob sie an beruflichen Eingliederungsmassnahmen mitwirken wolle bzw. könne. Ihren Entscheid teile sie der Beschwerdegegnerin innert 7 Tagen schriftlich mit (IV-Nr. 121 S. 5). Vermerkt ist weiter, am 8. Oktober 2020 finde ein Termin in der W.____ statt (Abklärung Schmerzpumpe) und die Beschwerdeführerin werde nach dem Termin vom 8. Oktober 2020 eine Rückmeldung geben (IV-Nr. 121 S. 1 und 3). Demnach wurde die Frist von sieben Tagen offenbar insofern modifiziert, als vereinbart wurde, die Beschwerdeführerin werde (erst) nach dem Termin vom 8. Oktober 2020 sagen, ob sie bereit sei, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken.

Am 9. Oktober 2020 rief die Beschwerdeführerin an und erklärte, es werde nochmals ein Gespräch geben (betreffend Implantation einer Schmerzpumpe und Morphen), welches Anfang November 2020 stattfinde. Aktuell seien aus ihrer Sicht Eingliederungsmassnahmen nicht möglich. Es wurde vereinbart, das Gespräch von Anfang November 2020 abzuwarten (vgl. Protokolleintrag vom 9. Oktober 2020). Am 27. November 2020 fragte die Beschwerdegegnerin nach, worauf die Beschwerdeführerin erklärte, es werde keine Schmerzpumpe implantiert. Der Arzt werde jedoch eine Bestätigung betreffend Verschlechterung senden (vgl. Protokolleintrag vom 27. November 2020). Nachdem keine solche eingetroffen war, erging am 12. Januar 2021 eine Mahnung mit Frist bis zum 22. Januar 2021 und der Androhung, ohne Meldung innert dieser Frist gehe man von einem Verzicht auf Eingliederungsmassnahmen aus. Mit dem Schreiben wurde der Beschwerdeführerin nochmals das Erklärungsformular zugestellt (IV-Nr. 122). Am 20. Januar 2021 ging bei der Beschwerdegegnerin ein Bericht von Dr. med. T.____ vom 1. Dezember 2020 ein, wonach ein Testimplantat eines Rückenmarkstimulators geplant sei, sobald sich die Corona-Situation beruhigt habe (IV-Nr. 124). Daraufhin erging am 3. Februar 2021 der Vorbescheid, in dem die Beschwerdegegnerin festhielt, sie gehe von einem Verzicht auf Eingliederungsmassnahmen aus, nachdem auch die neue Frist bis

22. Januar 2021 unbenutzt abgelaufen sei (IV-Nr. 125). In der Einwandbegründung vom 30. März 2021 wurde auf Eingliederungsmassnahmen nicht eingegangen. Mit Schreiben vom 22. November 2021 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin bezugnehmend auf ein Telefongespräch vom 8. November 2021 mit, sie benötige den Operationsbericht oder -termin betreffend Testimplantat eines Rückenmarkstimulators. Dieser sei bisher noch nicht eingegangen. Bei dieser Gelegenheit sei darauf aufmerksam zu machen, dass das Formular «Erklärung betreffend berufliche Eingliederungsmassnahmen», welches am 29. September 2020 der Beschwerdeführerin mitgegeben worden sei, auch noch ausstehend sei. Damit der Einwand weiterbearbeitet werden könne, seien die fehlenden Unterlagen bis am 2. Dezember 2021 zuzustellen (IV-Nr. 134). Mit Schreiben vom 26. November 2021 liess die Beschwerdeführerin einen Bericht der betreuenden Hausärztin pract. med. V. ___ vom 23. November 2021 einreichen und festhalten, die Hausärztin habe erklärt, sie habe T. ___ nun nochmals Dr. med. T. ___ zugewiesen, um die Option eines Neurostimulators nochmals zu besprechen (IV-Nr. 135). Am 7. Januar 2022 erging die vorliegend angefochtene Verfügung (IV-Nr. 136).

10.4 Angesichtes des oben dargelegten Verlaufs ist festzustellen, dass nach dem Gespräch vom 29. September 2020 vereinbart wurde, die Beschwerdeführerin werde nach dem Arzttermin vom 8. Oktober 2020 mitteilen, ob sie bereit sei, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken. Am 9. Oktober 2020 wurde telefonisch vereinbart, den Arzttermin von «Anfang November» 2020 abzuwarten. Während der ganzen anschliessenden Zeit bis zur Verfügung vom 7. Januar 2022, also mehr als ein Jahr lang, erklärte die Beschwerdeführerin nie ihre Bereitschaft, die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit im Rahmen von beruflichen Eingliederungsmassnahmen umzusetzen. Stattdessen wurde immer wieder auf noch ausstehende medizinische Abklärungen Bezug genommen. Eine Bereitschaft, die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit (80 % in einer adaptierten Verweistätigkeit) im Rahmen der im Gespräch erwähnten Massnahmen (vgl. IV-Nr. 121 S. 2) zu verwerten, wurde zu keinem Zeitpunkt erklärt, stattdessen wurden laufende Abklärungen geltend gemacht und/oder die Arbeitsfähigkeit in Frage gestellt. Damit ist das Fehlen der subjektiven Eingliederungsfähigkeit hinreichend erstellt. Dies kann auch der Beschwerdeschrift vom 7. Februar 2022 entnommen werden, worin ausgeführt wird, die Beschwerdeführerin habe bisher aus medizinischen Gründen nicht an beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilnehmen können. Demnach fühlte sich die Beschwerdeführerin selbst ■ entgegen dem D. ___-Gutachten ■ nicht fähig, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken, oder es fehlte ihr die Bereitschaft dazu. Welche Variante zutrifft ist nicht entscheidend, so oder anders fehlt es an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Fehlt der Eingliederungswille bzw. die subjektive Eingliederungsfähigkeit, d.h. ist die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben, darf die Rente ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-)eingliederung und ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG aufgehoben werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_84/2021 vom 2. August 2021 E. 3.2.2. mit Hinweisen).

11. Nach dem Gesagten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. Januar 2022, worin die der Beschwerdeführerin bisher gewährte Invalidenrente ohne die Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen auf Ende Februar 2022 aufgehoben wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

12.2 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 19. Juli 2022 [A.S. 29]; vgl. E. I. 2.3 hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwältin Grob Hügli hat am 19. August 2022 zwei Kostennoten eingereicht, worin sie einen Kostenersatz von CHF 2'083.15 (URP-Ansatz von CHF 180.00 pro Stunde) bzw. CHF 2'987.80 (Normalansatz von CHF 260.00 pro Stunde) geltend macht (10.5 Stunden zuzüglich Spesenersatz von CHF 44.20; A.S. 32 ff.). Die Höhe des geltend gemachten Zeitaufwands erscheint für den vorliegenden Fall als angemessen. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 2'083.15 (Honorar von CHF 1'890.00 zuzüglich Auslagen von CHF 44.20 und Mehrwertsteuer von CHF 148.95). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsvertreterin im Umfang von CHF 565.40 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 260.00 liegt nicht vor), wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

12.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Grob Hügli wird auf CHF 2'083.15 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsvertreterin im Umfang von CHF 565.40, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege sind sie durch den Staat Solothurn zu übernehmen. Vorbehaltend bleibt der Rückforderungs-

anspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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