

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00460 vom 3. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00460

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00460 du 3 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00460 del 3 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

3/89/12).

E. 1.1

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

E. 1.2

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein

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

E. 1.3.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 1.3.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.4

.3

Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden gemäss Art. 29 bis IVV bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet.

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, nach der gerichtlich bestätigten Zusprechung einer bis Ende Juni 2016 befristeten halben Rente sei die Sache zur Prüfung der Neuanmeldung vom Januar 2017 überwiesen worden. Aus den eingereichten und neu eingeholten medizinischen Unterlagen gehe hervor, dass sich die gesundheitliche Situation seit April 2018 verschlechtert habe. Ab diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführerin eine leidensangepasste, körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von schweren Lasten in einem Pensum von 50 % zumutbar. Die ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin Abteilung Retouren und Preisauszeichnung gen. entspreche einer solchen Tätigkeit. Die Erwerbseinbusse und der daraus resultierende Invaliditätsgrad betrage somit 50 %, was unter Berücksichtigung der einjährigen Wartezeit den Anspruch auf eine halbe Rente ab dem 1. April 2019 begründe (Urk. 2 S. 3 f.).

In der Beschwerdeantwort stellte sich die Beschwerdegegnerin in Abweichung dazu auf den Standpunkt, der Rentenanspruch bestehe bereits ab Juli 2018. Denn die Verschlechterung ab zirka April 2018 sei innerhalb von drei Jahren nach Aufhebung der Rente am 30. Juni 2016 eingetreten. Daher komme Art. 29 bis IVV zur Anwendung und es liege ein Wiederaufleben der bis Juni 2016 befristeten Rente vor. Damit würden bei der Berechnung der Wartezeit nach Art.

28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Wartezeiten angerechnet und die angefochtenen Verfügungen würden sich hinsichtlich der verfügten Rentenzusprache ab April 2019 als falsch erweisen. Es sei somit von einem Wiederaufleben des Rentenanspruchs (drei Monate nach der Verschlechterung ab April 2018) ab Juli 2018 auszugehen (Urk. 12) . 2.2

Die Beschwerdeführerin

bringt dazu vor, die Beschwerde richte sich einzig gegen den Zeitpunkt des Rentenbeginns. Sowohl die Höhe der Invalidenrente als auch die zugrundeliegenden medizinischen Beurteilungen würden vollumfänglich akzeptiert und daher nicht angefochten. Die Beschwerdegegnerin anerkenne nunmehr korrekterweise auch das bereits im Einwand Vorgebrachte, und zwar, dass hier gemäss Art. 29 bis IVV von einem Wiederaufleben der Rente auszugehen sei und das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IV G nicht noch einmal erfüllt werden müsse. Denn sie leide an einer schubweise verlaufenden Krankheit und es gehe um das Wiederaufleben der gleichen Gesundheitsprobleme. Damals - bei Zuspreehung der bis Juni 2016 befristeten Rente - wie heute seien die Folgen der Panarteriitis nodosa verantwortlich für die Arbeitsunfähigkeit. Auch wenn zwischenzeitlich noch weitere Diagnosen bestehen würden, so schränke noch immer die Grunderkrankung die Arbeitsfähigkeit ein. Die dreijährige Frist nach Art. 29 bis IVV zur Neuanschuldung sei zweifelsohne ebenfalls eingehalten. Es sei nach der Beurteilung von PD Dr. C. ___ vom 8. April 2016, der eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 80 % attestiert habe, zu einer erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes respektive der seit Jahren bestehenden Muskelentzündungen gekommen. Aufgrund dessen

habe die Beschwerdegegnerin zwischenzeitlich die dauerhafte 50%ige Arbeitsunfähigkeit akzeptiert. Bereits den im vorausgehenden Gerichtsverfahren Nr. IV.2017.00017 eingereichten Berichten des Spitals A. ___ vom 7. November 2016 (Urk. 13/80/24-34), vom 8. sowie 1. (richtig: 11.) Februar 2017 (Urk. 13/87/7-22) seien Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2017 zu entnehmen. Die im Bericht von PD

Dr. C. ___ vom Spital A. ___ vom 8. April 2016 beschriebenen guten Ergebnisse mit der Endoxan -Therapie und die attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, auf welche n

die damalige Annahme einer Beschwerdebesserung per April 2016 und Rentenbefristung basiert hätten, seien bereits vier Monate nach diesem Bericht verschwunden gewesen; es hätten sich bereits im August 2016 wieder zunehmende epifasziale entzündliche Veränderungen im Ober- und Unterschenkel gezeigt. Die ersten Zeichen des Versagens der Endoxan -Therapie hätten sich im Befund der MR-Angiographie im August 2016 gezeigt und würden mit ihrem subjektiven Empfinden respektive ihren Angaben der deutlichen Zunahmen der Schmerzen an Beinen, Armen und Schultern bereits zwei Monate vor dem Eintritt ins Spital A. ___ am 31. Oktober 2016 übereinstimmen. Der Umstand, dass sie bereits im Oktober 2016 wegen hohem Leidensdruck und bei Versagen der anderen Therapie-Massnahmen, also auch der Endoxan -Therapie, wieder habe hospitalisiert werden müssen, zeige die erneute Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen August und Oktober 2016. Spätestens bei Eintritt ins Spital A. ___ am 31. Oktober 2016, vermutlich aber schon im August 2016, habe die optimistisch beurteilte Arbeitsfähigkeit von 80 % nicht mehr bestanden. Die im Oktober 2016 begonnene Privigen -Therapie

habe kaum Effekt gezeigt, wie dem Austrittsbericht des Spitals A. ___ vom 20. April 2018 (Urk. 13/93/1-8) entnommen werden könne. Im Februar 2017 sei sie dann bereits wieder zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, nachdem sie sich zwischen Oktober 2016 und Februar 2017 mindestens zwei Mal in stationärer Behandlung im Spital A. ___ befunden habe. Bei Eintreten der Beschwerdegegnerin per Januar 2017 auf ihr Revisionsgesuch habe sich der

Gesundheitszustand bereits verschlechtert gehabt. Die Invalidenrente sei daher sechs Monate nach der Neuanschuldung im Januar 2017 ab Juli 2017 auszurichten (Urk. 1 S. 3 ff., Urk. 8/1 S. 3 ff., U rk. 19). 2.3

2.3.1

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich hat te

im Urteil IV.2017.00017 vom 1 6. März 2018 die Zusprechung einer von September 2014 bis Juni 2016 befristeten halben Rente bestätigt und damit die Aufhebung der zugesprochenen Rente per 1. Juli 2016 bei einem Invaliditätsgrad von 38 % (Urk. 13/89/12) zufolge einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ab April 2016 festgestellt (Urk. 13/89/9). Dabei hatte sich das Gericht insbesondere auf den Bericht von PD Dr. med. B. C.____, Oberärztin der Klinik für Rheumatologie des Spitals A.____, vom 8. April 2016 ge s tützt, wonach aufgrund der Diagnosen einer Polymyositis und einer Panarteriitis nodosa mit Beteiligung von Haut, Gelenken und Muskulatur eine 50%ige Arbeits unfähigkeit in der aktuellen Tätigkeit (als Mitarbeiterin Retourenverarbeitung und Preisauszeichnung, Urk. 13/124/2)

und eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeit ohne kauende oder kniende Positionen, ohne repetitiv manuelle Arbeiten, ohne Überkopfarbeiten und ohne das Tragen oder Heben von mittelschweren bis schweren Lasten attestiert worden war (Urk. 13/60/4). Die Sache wurde sodann an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung der Neuanschuldung vom Januar 2017 überwiesen, da sich aus dem neu eingereichten Austrittsbericht der Rheumatologie des Spitals A.____ vom 7. November 2016 (Urk. 13/80/24-34)

Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (mit ersten Anzeichen im August 2016) ergeben hatten

(Urk. 13/89/8, Urk. 13/89/12; vgl. dazu E. 3.1 hernach). D ie Beschwerdegegnerin trat nach der Überweisung der Sache auf die Neuanschuldung vom 9. Januar 2017 (Urk. 13/80/3-13, Urk. 13/89/12) ein und sprach der Beschwerdeführerin

nunmehr ab dem 1. April 2019 wiederum eine halbe Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 50 % zu (Urk. 2, Urk.

E. 1.4.1

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

E. 1.4.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den

Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

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

E. 3

-104)

durch die Versicherte nahm die IV-Stelle weitere Abklärungen zum Leistungsanspruch vor (Urk. 13/107). Mit neuem Vorbescheid vom 3. Februar 2020 kündigte die IV-Stelle die Zusprache einer Viertelsrente ab dem 1. April 2019 an (Urk. 13/131). Dagegen erhob die Versicherte am 2. März 2020 Einwände (Urk. 13/134). Mit Verfügung vom 4. Juni 2020 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine halbe Rente ab dem 1. April 2019 zu (Urk. 2). Am 7. August 2020 erliess die IV-Stelle eine neue Rentenverfügung, mit welcher sie die Höhe der halben Rente aufgrund einer Einkommensteilung (Splitting) für dieselbe Zeit ab dem 1. April 2019 neu berechnete und festsetzte, wobei sie erklärte, dass dadurch die Verfügung vom 4. Juni 2020 ersetzt werde (Urk. 8/2). 2.

Gegen die Verfügung vom 4. Juni 2020 hat die Versicherte in diesem Verfahren mit Eingabe vom 6. Juli 2020 und gegen die Verfügung vom 7. August 2020 im Prozess Nr. IV.2020.00615 mit Eingabe vom 14. September 2020 Beschwerde erhoben und beantragt, diese seien teilweise aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr ab Juli 2017 eine halbe Invalidenrente zu gewähren (Urk. 1 S. 2, Urk. 8/1 S. 2). Mit Verfügung vom 22. September 2020 wurde der Prozess Nr. IV.2020.00615 mit dem vorliegenden Prozess Nr. IV.2020.00460 vereinigt und unter dieser Prozessnummer weitergeführt. Der Prozess Nr. IV.2020.00615 wurde als dadurch erledigt abgeschlossen (Urk.

E. 3.1.1

Vergleichsgrundlage zur Beurteilung der Frage, ab wann nach der Einstellung der Rente per Juni 2016 eine anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, bildet der Bericht von PD Dr. C. ___ von der Klinik für Rheumatologie des Spitals A. ___ vom 8. April 2016 (Urk. 13/60), gestützt auf welchen - wie hiervor ausgeführt (E. 2.3.1) - die Rentenbefristung per Ende Juni 2016 bei einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit erfolgt war. Diesem ist zu entnehmen, der Gesundheitszustand bei diagnostizierter Polymyositis und Panarteriitis nodosa

habe sich gebessert, es bestehe jedoch noch keine Restitutio ad integrum. Der individuelle Verlauf der chronischen Autoimmunerkrankung, welche bei der Beschwerdeführerin

die Gefäße, die Haut, die Gelenke und die Muskulatur betreffe, sei nicht vorhersehbar und hänge massgeblich vom Ansprechen auf die immunsuppressive Therapie ab. Der bisherige Behandlungsverlauf habe sich sehr schwierig gestaltet. Ob die guten Ergebnisse nach der Endoxan-Therapie unter der Immunsuppression mit Methotrexat aufrechterhalten werden könnten, werde sich in den nächsten sechs Monaten zeigen (Urk. 13/60/4).

Betreffend Befund/Einschränkungen und letzte Kontrolle verwies PD Dr. C. ___ im Bericht vom 8. April 2016 auf den Bericht der Klinik für Rheumatologie des Spitals A. ___ vom 10. März 2016 (Urk. 13/60/3-4). Darin war aufgeführt worden, nach den sechs Zyklen Endoxan habe die Beschwerdeführerin eine Beschwerdereduktion um 50 % beschrieben.

Insbesondere die Myalgien hätten sich von 8-9 auf 5-6 auf der visuellen Analogskala (VAS) reduziert. Das Integument habe sich aktuell komplett bland gezeigt. Der Gelenkstatus sei ebenfalls ohne Synovitiden gewesen. Auch sonographisch hätten sich keine intraartikulären Gelenksergüsse gefunden. Magnetresonanztomographisch seien aktuelle keine Myositiden im Bereich der Unter- oder Oberschenkelmuskulatur nachweisbar. Auch die zuvor ausgeprägte Faszitis sei aktuell nicht vorhanden. Somit liege gesamthaft ein gutes Ansprechen auf die sechsmalige Therapie mit Endoxan vor. Im Sinne einer Remissionserhaltung sei erneut mit Methotrexat 20 mg p.o. begonnen worden (Urk. 13/60/8).

E. 3.1.2

Aus dem

im damaligen Beschwerdeverfahren Nr. IV.2017.00017 neu eingereichten Austrittsbericht der Rheumatologie des Spitals A. ___ vom 7. November 2016 (Urk. 13/80/24-34) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin vom 31. Oktober bis 4. November 2016 erneut für einen Therapiezyklus mit Privigen bei Versagen alternativer Therapiebemühungen und hohem Leidensdruck hospitalisiert werden musste (Urk. 13/80/24, Urk. 13/80/27), nachdem sich bei einer bildgebenden Untersuchung beider Ober- und Unterschenkel unter intravenösem Einsatz von Kontrastmittel im August 2016 zunehmende epifasziale entzündliche Veränderungen entlang des Musculus

tibialis

anterior und des Musculus

extensor

digitorum

longus sowie leicht regrediente intramuskuläre myositischer Veränderungen gezeigt hätten (Urk. 13/80/25). Ausserdem seien zwei Monate vor der Berichterstattung neue Schmerzen im Bereich des Schultergürtels bis zum mittleren Rücken sowie wandernde Schmerzen beidseits im Bereich der Ober- und Unterarmmuskulatur aufgetreten. Die Schmerzen seien täglich vorhanden mit verschiedener Intensität zwischen (VAS) 6/10 und 10/10. Weiter habe die Beschwerdeführerin über Oberschenkelschmerzen ventral und Wadenschmerzen berichtet, welche schon seit drei Jahren konstant vorhanden seien. Die verschiedenen durchgeführten Therapien (Azathioprin, CellCept, Endoxan) hätten zu

wenig Linderung gebracht. Sehr erfolgreich sei die Privigen-Therapie zwischen Mai und August 2014 gewesen. Damals habe die Beschwerdeführerin eine Beschwerdefreiheit bis im Januar 2015 erlebt (Urk. 13/80/30-31).

Aus dem ebenfalls im damaligen Beschwerdeverfahren Nr. IV.2017.00017 neu eingereichten Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie des Spitals A.____ vom 11. Februar 2017 (Urk. 13/87/7-16) geht

ferner hervor, dass vom 5. bis am 9. Dezember 2016 sowie vom 9. Januar bis am 13. Januar und vom 6. Februar bis am 10. Februar 2017 drei weitere Behandlungszyklen mit Privigen im stationären Setting erfolgt waren (Urk. 13/87/9). Zudem wurden in dieser Zeit neu die Diagnosen einer Fibromyalgie mit Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen, Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, Depression, Nervosität, trockener Mund, Atemnot, blaue Flecken, Haarausfall (Erstdiagnose Februar 2017), und eines myofaszialen Schmerzsyndroms lumbal und am Beckengürtel (Erstdiagnose Dezember 2016, aktuell Februar 2017 gut regredient) sowie einer iatrogenen Nebennierenrinden-Insuffizienz (Erstdiagnose Januar 2017) gestellt (Urk. 13/87/9). Nach dem letzten Privigen-Zyklus im Januar 2017 habe die Beschwerdeführerin über keine klare Beschwerdebesserung berichtet. Insbesondere hätten sich unverändert bekannte Schmerzen in den Ober- und Unterschenkeln rechtsbetont gezeigt.

Neu sei es zu belastungsabhängigen Schmerzen an den Unterarmen linksbetont bei möglicher Epicondylopathie gekommen (Urk. 13/87/10).

Im Bericht der Klinik für Rheumatologie des Spitals A.____ vom 28. August 2017 (Urk. 13/100/4-8) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin werde im rheumatologischen Ambulatorium regelmässig behandelt. Im Juni 2017 habe sie sich notfallmässig im Ambulatorium mit Arthritis der Articulationes

metacarpophalangeae-(MCP-) und der proximalen Interphalangeal-(PIP-)Gelenke beidseits vorgestellt. Diesbezüglich hätten sich im klinischen Befund ausgeprägte Synovitiden gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe über eine deutliche Verschlechterung der Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Hände und Füße seit zwei Wochen berichtet, die Schmerzen seien nicht mehr erträglich. Betreffend die Muskulatur gehe es ihr etwas besser, jedoch sei die Schwäche nach wie vor vorhanden. Nach 15 Minuten spazieren habe sie Schmerzen. Der ganze Körper sei zudem druckdolent. Initiativ sei eine orale Steroidtherapie mit 20 mg Prednison begonnen und am 11. August 2017

sei die Therapie mit Actemra gestartet worden. Darunter hätten

sich laborchemisch eine Normalisierung der Entzündungswerte und am 24. August 2017 klinisch eine vollständige Regredienz der objektivierbaren Synovitiden

gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe allerdings weiterhin über ausgeprägte Schmerzen vor allem der MCP IV und V sowie PIP IV links berichtet, so dass davon ausgegangen werde, dass die verbliebene Schmerzsymptomatik eher im Rahmen der ebenfalls bekannten und sehr ausgeprägten Fibromyalgie zu interpretieren sei. Die Wirkung von Actemra werde nach drei Monaten evaluiert. Die Muskulatur und die Haut würden sich aktuell stabil zeigen. Aus rheumatologischer Sicht habe während des Schubes der Polyarthritis eine Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere und schwere Tätigkeiten bestanden, inklusive der Tätigkeit als Lageristin. Ein entsprechendes Arbeitsunfähigkeitszeugnis habe die Beschwerdeführerin aufgrund der Angst eines Stellenverlustes aber wiederholt abgelehnt (Urk. 13/100/7-8).

Laut dem Bericht der Klinik für Rheumatologie des Spitals A.____ vom 20. Februar 2018 führte die ab August 2017 neu etablierte Therapie mittels Actemra anamnestisch und

klinisch zu keiner deutlichen Besserung der Beschwerden. Weiterhin lasse sich eine Arthritis an der Hand links objektivieren, wobei vor allem eine Weichteilschwellung imponiere. Die beklagten

muskuloskelettalen Beschwerden, insbesondere im Bereiche der Knie, würden aktuell eher belastungsabhängig und degenerativ anmuten. Betreffend der ebenfalls im Rahmen der Panarteriitis nodosa beteiligten Hautmanifestationen finde sich aktuell lediglich eine unklare Pappel suprascapulär rechts, welche nicht eindeutig entzündlich anmutet. Daher werde beobachtet und zugewartet und die bisherige Therapie mittels Actemra nicht weitergeführt um abzuwarten, ob sich die Arthritis unter der sistierten Therapie verschlechtere. Weiterhin leide die Beschwerdeführerin zudem an einer Fibromyalgie (Urk. 13/100/2-3).

Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie des Spitals A.____ vom 20. April 2018 (Urk. 13/93/1-8) wurde die Beschwerdeführerin vom 16. bis 20. April 2018 erneut stationär behandelt. Sie habe bei Eintritt über Schmerzen im ganzen Körper im Rahmen der Fibromyalgie berichtet. Neu und unabhängig davon habe sie über Schmerzen in den oberen Sprunggelenken, in den Knie und Unterschenkeln, bestehend seit zirka Juni 2017, geklagt. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin wechselnde Gelenkschmerzen, welche nach Wochen von selbst abheilen und anderenorts auftreten würden (Urk. 13/93/7). Die stationäre Zuweisung aus dem rheumatologischen Ambulatorium sei zur medikamentösen Einstellung bei ungenügender Krankheitskontrolle unter Actemra, Methotrexat und peroralen Glukokortikoiden

erfolgt. Anamnestisch werde aktuell vordergründig über Schmerzen mit auch Schwellung im Bereich der linken Hand/Unterarm, Schmerzen der Unterschenkel bis zu den Sprunggelenken beidseits wie auch Rücken schmerzen berichtet. Die Handbeschwerden bestünden seit zirka Juni 2017 und seien plötzlich aufgetreten, wobei hierbei bei Nachweis von Synovitiden auch diverse Fingergelenke infiltriert worden seien mit nur geringem Effekt für vielleicht eine Woche. Die Unterschenkelschmerzen würden undulierend seit Jahren bestehen, vermehrt jedoch seit rund einem Monat. Von Actemra habe die Beschwerdeführerin nicht wesentlich profitiert, jedoch hätten subjektiv seit dem Stopp die Beschwerden zugenommen. Weiterhin komme es zudem zu den bekannten, schmerzhaften subkutanen Knoten mit leichter Rötung, diese würden jeweils zwei bis drei Wochen bestehen und könnten an unterschiedlichen Stellen auftreten. In der Zusammenschau mit der Anamnese, den klinischen und apparativen Befunden bestehe aktuell eine Krankheitsaktivität sowohl kutan (Knoten), artikulär (Arthritis, Tendovaginitis) als auch muskulär (fokale Myositis). Eine Wirbelkörperfraktur an Brust- und Lendenwirbelsäule habe bei nächtlichen lumbalen Rückenschmerzen paravertebral beidseits ausgeschlossen werden können. Trotz deutlicher Krankheitsaktivität seit mehreren Monaten, aktuell exazerbiert, arbeite die Beschwerdeführerin weiterhin als Lageristin. Diese Tätigkeit beinhalte eine starke Muskel- und Gelenksbelastung, was zu vermehrten Beschwerden führe. Aufgrund der aktuellen Aktivität der Grunderkrankung bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich des weiteren Verlaufs und Arbeitsfähigkeit müsse der weitere Verlauf bei geplantem Therapiewechsel abgewartet werden. Das Urteil des Sozialversicherungsgerichts (IV.2017.00017) vom 16. März 2018 sei aus ihrer Sicht aktuell zu hinterfragen (Urk. 13/93/3-5, Urk. 13/93/7).

Der Psychiater B.____, bei welchem die Beschwerdeführerin seit dem 30. Januar 2017 in Behandlung stand, führte in den Berichten vom 14. und 18. Juni 2018 (Urk. 13/103-104)

zudem aus, die Beschwerdeführerin habe sich zunehmend seit Beginn ihrer Muskelerkrankung im Jahr 2012 auch psychisch schwer belastet gefühlt. Die Beschwerdeführerin sei im Jahr 2017 in der Regel einmal pro Monat zur Psychotherapie gekommen. Im Jahr 2018 habe sie erst zwei Termine wahrgenommen. Da sie so schwer erkrankt sei und ihr die medikamentösen Therapien im Spital A. ___ nicht geholfen hätten, habe sie noch eine Bioresonanztherapie ausprobiert, was ihr zwischen Januar und April 2018 einige Erleichterung gebracht habe, sie jedoch nicht mehr finanzieren können. Nach dem Termin am 12. April 2018 sei sie wieder so schwer erkrankt, dass sie vom 16. bis 20. April 2018 zur Abklärung und Behandlung im Spital A. ___ habe interniert werden müssen und anschliessend noch zwei Wochen krankgeschrieben worden sei, bis die enormen Anschwellungen an den Gliedern sich soweit zurückgebildet hätten, dass sie wieder auf den Füessen stehen und ihre Finger wieder einigermassen biegen können. Seit mindestens Anfang 2017 hätten sich die folgenden psychischen und psychosomatischen Symptome gezeigt: Schlafstörungen, depressive Stimmung, negative Gedankenkreisläufe, Konzentrationsstörungen, Erschöpfungszustände, schwer auszuhaltende andauernde Schmerzen in Armen, Händen und Beinen sowie oft auch im Rücken und Kopf, wobei der Schwerpunkt der Schmerzen örtlich immer wieder wechsele. In letzter Zeit seien auch Hautausschläge und Anschwellungen der Hände, Arme, Füsse, Beine sowie ein Restless-Legs-Syndrom (RLS) und «Einschlafen der Glieder», was sie lange nicht einschlafen lasse, sowie grosse Ängste über den Verlust ihrer körperlichen Funktionen dazugekommen. Seit April 2018 hätten die schweren Symptome die Beschwerdeführerin so sehr überrollt, dass sie sich erneut in einem verzweifelten psychischen Zustand befinde und unter schweren Ängsten leide. Sie sei auch sehr übermüdet, da sie wegen der Schmerzen, dem RLS und dem Einschlafen des Armes mehrere Stunden nach dem Schlafengehen nicht einschlafen könne und um fünf Uhr wegen ihrer Arbeit als Logistikerin wieder aufstehen müsse. Aufgrund des Tagesablaufs und der drastischen Zunahme der psychosomatischen Symptomatik sei von einer Überforderung auch mit den derzeit geleisteten 4,5 Stunden Arbeit pro Tag (50 % Pensum) auszugehen. Eine Erhöhung des Arbeitspensums über 50 % sei unzumutbar und eine weitere substantielle Reduktion der Arbeitsbelastung dringend angezeigt. Anderenfalls drohe ein Zusammenbruch (Urk. 13/103). Als Diagnosen seien die folgenden zu stellen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), nichtorganische Schlafstörung (ICD-10 F51.0) und damit in Zusammenhang Syndrom der unruhigen Beine (RLS; ICD-10 G25.81). Beim depressiven Leiden handle es sich um eine reaktive Depression, welche durch die jahrelangen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Lebensqualität durch ihre somatische Krankheit bedingt sei (Urk. 13/104).

Gemäss dem Bericht der Klinik für Rheumatologie des Spitals A. ___ zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 12. Oktober 2018 erfolgten über mehrere Jahre die Durchführung verschiedener immunsuppressiver Therapien mit mehrfach unzureichendem Ansprechen und persistierender Krankheitsaktivität. Auch im Jahr 2018 sei es bereits zweifach zu erneuter Krankheitsaktivität gekommen. Im Rahmen der schweren Erkrankung mit rezidivierend auftretender Myositis, Arthritis und schmerzhaften subcutanen

Nodoli sei die Beschwerdeführerin mehrfach zu 100 %, die meiste Zeit jedoch zu 50 % arbeitsunfähig. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die Panarteriitis nodosa mit Beteiligung von Haut, Gelenken und Muskulatur, das

Fibromyalgiesyndrom und das myofasziale Schmerzsyndrom lumbal und am Beckengürtel zu nennen. Aktuell bestehe eine erneute unkontrollierte Krankheitsaktivität mit erneut magnetresonanztomographisch nachgewiesener Myositis im Bereich der Glutealmuskulatur und Bauchwandmuskulatur, klinisch erneuten Synovitiden und subkutanen lividen Noduli unter der seit dem Frühling 2018 durchgeführten immunsuppressiven Therapie mit Humira, Methotrexat und Prednison.

Derzeit sei ein erneuter Therapiezyklus mit Endoxan

i.v. und einem erneuten Kortisonstoss geplant. Bei der aktuell ausgeführten Arbeitstätigkeit als Lageristin, welche in einem Pensum von 50 % (vier Stunden pro Tag) ausgeübt werde, handle es sich - soweit bekannt - um eine repetitive, in stehender Position durchzuführende und nicht wechselbelastende Tätigkeit. Die Beschwerdeführerin habe sich trotz schwerem Krankheitsverlauf und fast durchgehend bestehender Aktivität der Grunderkrankung stets arbeitswillig gezeigt. Die bisherige Tätigkeit sei für zirka zwei Stunden pro Tag zumutbar. Die Prognose sei bei erneut instabilem Krankheitsverlauf schwierig abschätzbar, da bereits multiple Therapien mit nur teilweise Ansprechen oder Therapieversagen im Verlauf durchgeführt worden seien. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit (sitzend, stehend, laufend), ohne das Heben von schweren Lasten,

werde zum jetzigen Zeitpunkt auf 50 % geschätzt. Es seien vier Stunden pro Tag zumutbar. Die Einschränkung bestehe aufgrund der Myositis der Beine, rezidivierender

Synovitiden und Tenosynovitiden der Hände bei je schmerzbedingt fehlender Möglichkeit stärkerer Belastung (Urk. 13/112).

Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stelle gemäss dem Bericht vom 9. Oktober 2019 in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand ebenfalls die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Zu Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung bei ihr ab dem 28. August 2019 habe die mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik im Vordergrund des psychischen Zustands bildend gestanden. Die Beschwerdeführerin sei sowohl wegen psychischen, als auch wegen körperlichen Beschwerden mit Sicherheit zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 13/120/1). 3. 2

3.2.1

Aus dem Verlauf dieser Berichte zeigt sich, dass die Besserung der Beschwerdebilder der Polymyositis und der Panarteriitis nodosa, welche zur Attestierung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit geführt hatten (Urk. 13/60/4), auf einen

nur kurzzeitigen Erfolg des Therapiezyklus mit Endoxan zurückzuführen war. PD Dr. C.____ hatte im Bericht vom 8. April 2016 denn auch erklärt, dass der weitere Verlauf massgeblich vom Ansprechen auf die immunsuppressive Therapie abhängen,

und es sich erst in den nächsten sechs Monaten zeigen werde, ob der Erfolg anhalte (Urk. 13/60/4). Der weitere Verlauf zeigte dagegen schon bald, dass der erreichte Therapieerfolg nicht von Dauer war. Spätestens mit dem Beginn des neuen Therapiezyklus mit Privigen und den hierzu nötigen Hospitalisationen ab dem 31. Oktober 2016 (Urk. 13/80/24-28,

Urk. 13/87/9) ist belegt, dass der im April 2016 dokumentierte Therapieerfolg nicht mehr bestand. Auch mit der Behandlung mit Privigen

bis am 10. Februar 2017 (Urk. 13/87/7-12)

wurde gemäss dem Bericht des Spitals A.____ vom 11. Februar 2017 keine klare Beschwerdeverbesserung erreicht (Urk. 13/87/10).

Da somit weder mit dem bis am 10. Februar 2017 durchgeführten Therapiezyklus mit Privigen

(Urk. 13/87/9) noch mit einer anderen Therapie eine erhebliche und längere Beschwerdeverbesserung erreicht wurde, ist nicht davon auszugehen, dass der im April 2016 dokumentierte Therapieerfolg mit attestierter 80%iger Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (Urk. 13/60/4) länger als bis Ende Oktober 2016 bestanden hatte. 3.2.2

Dies ist auch daher anzunehmen, da es ab Januar 2017 zu zusätzlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen gekommen war. Insbesondere trat gemäss den Berichten des behandelnden Psychiaters

B.____

vom 14. und 18. Juni 2018 eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes mit rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

,

hinzu (Urk. 13/103-104)

und die Ärzte des Spitals A.____ stellten aus somatischer Sicht im Februar 2017 zusätzlich die Diagnose einer Fibromyalgie mit Konzentrationsstörungen sowie weiteren Symptomen wie Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Gedankenkreisen, Schlafstörung, Depression, Nervosität (Urk. 13/87/9) .

In der Zeit des hier möglichen Rentenbeginns ab 1. Juli 2017 war zudem sogar ein akuter Krankheitsschub in Gang, welcher zu einer notfallmässigen Behandlung führte. So ist eine zusätzliche, akute Verschlechterung bezüglich der Panarteriitis nodosa

mit dem Bericht des Spitals A.____ vom 28. August 2017 von Juni 2017 bis am 24. August 2017 dokumentiert, welche wegen Polyarthritiden an den Fingergelenken beidseits und dem Verdacht auf eine Tenosynovitis der Extensorensehnen an der rechten Hand zu einer Notfallbehandlung

(Urk. 13/100/4, Urk. 13/100/7) mit Arbeitsunfähigkeit

in mittelschweren und schweren Tätigkeiten (Urk. 13/100/8) führte. Auch nach der Normalisierung der Entzündungswerte und Regredienz der objektivierbaren Synovitiden unter der am 11. August 2017 begonnenen Therapie mit Actemra persistierten ausgeprägte Schmerzen vor allem an den linken Fingergelenken, welche im Rahmen der sehr ausgeprägten Fibromyalgie interpretiert wurden (Urk. 13/100/7). Wie sich im weiteren Verlauf indes zeigte, war der Therapieerfolg auch mit Actemra nur von kurzer Dauer. So wurde im Bericht des Spitals A.____ vom 20. Februar 2018 erklärt, dass keine deutliche Besserung unter Actemra seit August 2017 habe erreicht werden können und die Therapie abgesetzt worden sei. Ausserdem wurde eine Arthritis an der linken Hand objektiviert (Urk. 13/100/2 -3). Auch aus dem Bericht des Spitals A.____ vom 20. April 2018 geht

hervor, dass die Beschwerden (neu auch Schmerzen in den oberen Sprunggelenken, in den Knie und Unterschenkeln) seit zirka Juni 2017 bestanden, Infiltrationen nur einen geringen und kurzen Effekt hatten und die Beschwerdeführerin von Actemra nicht wesentlich profitieren konnte. Ausserdem wurde festgehalten, dass die Krankheitsaktivität seit mehreren Monaten, aktuell exazerbiert, bestehe (Urk. 13/93/3-5, Urk. 13/93/7).

Somit konnte auch ab der akuten Verschlechterung im Juni 2017 bis zur erneuten Hospitalisation im April 2018 wiederum kaum eine relevante Beschwerdebesserung festgestellt werden. 3.2.3

Damit ist erwiesen, dass das Krankheitsgeschehen der Panarteriitis nodosa spätestens seit Oktober 2016 wieder

erheblich aktiv war und sich auch danach keine Besserung mehr auf dem Niveau von April 2016 einstellte. Im Gegenteil trat ab Januar 2017 eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes hinzu, die sich ab April 2018 weiter verstärkte («seit April 2018 überrollten die schweren Symptome» die Beschwerdeführerin «jedoch so sehr, dass sie sich erneut in einem verzweiferten psychischen Zustand befindet und unter schweren Ängsten leidet», Bericht von B.____ vom 14. Juni 2018, Urk. 13/103/2). Ab Juni 2017 hatten

auch die Beeinträchtigungen teils durch die Panarteriitis nodosa

teils durch die Fibromyalgie wieder erheblich zugenommen, welche im April 2018 zusätzlich exazerbiert (Urk. 13/93/3-4).

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des Spitals A.____ schlossen im Bericht vom 12. Oktober 2018 denn auch darauf, dass es sich insgesamt um einen schweren Krankheitsverlauf gehandelt und fast durchgehend eine Aktivität

der Grunderkrankung bestanden habe, sowie dass die multiplen Therapien nur ein Teilansprechen oder Therapieversagen ergeben hätten (Urk. 13/112/4).

E. 3.3.1

Vor diesem Hintergrund kann der Ansicht der Beschwerdeführerin gemäss der Stellungnahme von Dr. med. D. E.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 7. November 2018, eine erhebliche Verschlechterung mit 50%iger Arbeitsunfähigkeit nunmehr auch wieder in einer leidensangepassten Tätigkeit sei erst ab April 2018 eingetreten (Urk. 2 S. 3, Urk. 12 S. 1, Urk. 13/129/3), nicht gefolgt werden.

Dies gilt umso mehr, als der RAD-Arzt in der

Stellungnahme vom 29. Mai 2018 selbst festgestellt hatte, es ergebe sich aus dem Austrittsbericht der Klinik der Rheumatologie des Spitals A.____ vom 20. April 2018 (Urk. 13/93/1-8), dass es bereits in den letzten Monaten, mithin nicht erst ab April 2018, zu einer Zunahme der Krankheitsaktivität gekommen sei (Urk. 13/96/2-3). Auch in der weiteren Stellungnahme des RAD-Arztes vom 29. August 2018 stellte dieser fest, es sei (auch) den Berichten des Psychiaters B.____ vom 14. Juni 2018 (Urk. 13/103) und vom 18. Juni 2018 (Urk. 13/104) zu entnehmen, dass es in den letzten Monaten zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sei, zeitweise auch aus rheumatologischer Sicht mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, welche auf Dauer wahrscheinlich nicht mehr zumutbar sei (Urk. 13/129/2).

E. 3.3.2

Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit der nur noch 50%igen Arbeitsfähigkeit

in einer leidensangepassten Tätigkeit (Urk. 13/112/4-5), von welcher die Beschwerdegegnerin unstrittig ausging, entgegen ihrer Ansicht nicht erst ab dem 1. April 2018, sondern schon im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns am 1. Juli 2017 bestanden hatte.

4.

4.1
Der von der Beschwerdegegnerin

(Urk. 2 S. 3) ermittelte Invaliditätsgrad von 50 % und der daraus resultierende Anspruch auf eine halbe Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG) ist unbestritten und angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin

(auch ab dem 1. Juli 2017) in der bisherigen Tätigkeit weiterhin im Umfang von 50 % erwerbstätig war respektive ist (Urk. 13/112/4), nicht zu beanstanden (sogenannter Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_367/2018 vom 25. September 2018 E. 5.3.3 mit Hinweis; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2015 vom 18. Dezember 2015 E. 3.2) . 4. 2

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine halbe Rente ab dem 1. Juli 2017 hat. Ein Abwarten einer zusätzlichen drei monatigen Dauer, wie es Art. 88a Abs. 2 IVV für eine Verschlechterung während einer laufenden Rente vorsieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_777/2014 vom 28. Januar 2015 E. 4.2; zum Sinn und Zweck von Art. 88a Abs. 2 IVV ausserdem: Urteil des Bundesgerichts I 11/00 vom 22. August 2001 E. 3.) – welches die Beschwerdegegnerin wohl bei der von ihr beantragten Rentenzusprechung ab Juli 2018 (Urk. 12) angewendet hat –

ist dabei nicht vorzunehmen.

Die Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 4. Juni 2020 (Urk. 2) und vom 7. August 2020 (Urk. 8/2) sind dementsprechend in Gutheissung der Beschwerde n abzuändern. 5.

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise

auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerden werden die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. Juni 2020 und vom 7. August 2020 dahingehend

abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab dem

1. Juli 2017 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2' 700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 7

S. 3). In der Beschwerdeantwort vom 1. November 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin

die teilweise Gutheissung der Beschwerde mit Wiederaufleben des Rentenanspruchs ab Juli 2018 (Urk. 12). Die Beschwerdeführerin hielt in der Replik vom 3. März 2021 an ihrem Begehren fest (Urk. 19 S. 3 f.). Mit Eingabe vom 29. März 2021 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 21), was der Beschwerdeführerin am 7. April 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 24). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

/2).

2.3.2

Die Beschwerdegegnerin stellte damit unstrittig fest, dass

ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten ist und sich der mit Urteil vom 16. März 2018 per 1. Juli 2016 festgelegte Invaliditätsgrad von 38 % in der Zeit bis zum

Erlass der angefochtenen Verfügungen

vom 4. Juni und 7. August 2020 (Urk. 2, Urk. 8/2) in leistungsbegründendem Ausmass auf 50 % erhöht hat

(Urk. 2 S. 3).

Einigkeit besteht nunmehr zu Recht auch darin, dass

Art. 29 bis IVV zur Anwendung kommt (Urk. 1 S. 4, Urk.

E. 12

S. 2, Urk. 19 S. 1). Bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG sind danach früher zurückgelegte Zeiten anzurechnen, da der Invaliditätsgrad innerhalb von drei Jahren nach der Renten aufhebung per Ende Juni 2016 wegen einer auf dasselbe Leiden - hier der Polymyositis und Panarteriitis nodosa

- zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit ein erneut rentenbegründendes Ausmass erreicht hat.

Die Beschwerdegegnerin

anerkennt

mittlerweile dementsprechend,

dass der Rentenbeginn - nicht wie noch in den angefochtenen Verfügungen angenommen - erst auf den 1. April 2019 (Urk. 2, Urk. 8/2), sondern auf den 1. Juli 2018 (Urk. 12 S. 2, Urk. 19) festzusetzen sei. Dabei geht sie weiterhin von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab April 2018 aus (Urk. 12). 2. 3. 3

Strittig und zu prüfen ist allein, ob

die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer anspruchserheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab April 2018 ausging und der Beginn der zugesprochenen halben Rente daher auf den 1. Juli 2018 festzusetzen sei.

Der früheste mögliche Rentenbeginn ist hier aufgrund der Neuanmeldung vom 9. Januar 2017 (Urk. 13/80/3-13, Urk. 13/89/12) in jedem Fall der 1. Juli 2017 (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG), da auch im Zusammenhang mit einer Neuanmeldung im Rahmen von Art. 29 bis IVV die Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG zu beachten ist (BGE 142 V 547).

3.

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