

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00284 vom 17. Juli 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-07-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00284

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00284 du 17 juillet 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00284 del 17 luglio 2012

Erwägungen

E. 8

Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Trauma tolo gie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nannte in seinem orthopädischen Unter suchungs bericht vom 3. Oktober 2013 (Urk. 8/70) folgende Diagnosen mit Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 8): - chronifizierte Schulterschmerzen links und massive muskuläre Verspan nung im Schultergürtelbereich links bei Zustand nach arthroskopischer Schulteroperation April 2010 mit AC-Gelenk-Resektion, Bizeps sehnen tenodese und Reinsertion der Subscapularis - und Supraspinatus -Sehne - chronische Lumbalgie mit pseudoradikulärer Ausstrahlung bis zum Glu tealbereich beidseits bei MRI-gesicherter Facettengelenks-Arthrose vom 3. Lendenwirbel bis zum Kreuzbein (L3-S1), lumbosacraler Über gangsanomalie mit Lumbalisation von S1 und kleinem Einriss des Anulus

fibrosus L5/S1 bei Bandscheiben- Bulging

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine reaktive depressive Stimmungslage.

Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie seit der Operation der linken Schulter im April 2010, eigentlich aber schon seit dem Unfall 2008, ständig starke Schmerzen in der linken Schulter habe, die immer bewegungsunabhängig vorhanden seien, aber bei Bewegungen und Kälte verstärkt vorkämen (S. 1 oben Ziff. 1). Seitdem sie im Juni 2010 (richtig wohl: Mai 2010) daheim im Badezimmer gestürzt und mit der rechten Seite im Hüftbereich an die Badewanne oder Toilette geknallt sei, habe sie ständig Schmerzen sowohl im Bereich der LWS als auch der linken Schulter (S. 1 Mitte Ziff. 1).

I n kritischer Würdigung der Aktenlage sei bei Vergleich der beschriebenen k lini schen Befunde und der gesch ilderten Beschwerden mit den entsprechenden Angaben im vertrauensärztlichen Gutachten von Dr. D.____ vom Oktober [richtig: November] 2011 (vorstehend E . 3.5) unschwer erkennbar, dass die gesamten lumbalen Beschwerden und Befunde damals n icht beschrie ben worden seien. D ie angegebenen Schulterschmerzen sowie der klini sche Schulterbefund seien hingegen unverändert. Weiter sei auch unter Berücksichtigung der zusätz lich zur Schulterproblematik bestehenden lumbalen Schmerzsympto matik eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit, wie sie von med. pract . F.____ postuliert worden sei, nicht plausi bel, da bei Berücksichtigung eines entsprechenden Belastungsprofils zweifellos auch weiterhin eine Restarbeits fähigkeit von 50 % bestehe (S. 9 oben).

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin seit April 2010 nicht mehr arbeitsfähig. In angepasster Tätigkeit sei jedoch weiterhin von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen, welche allerdings auf 2 mal 2 Stunden mit einer dazwischen liegenden Pause von 1 Stunde aufzuteilen sei. Zudem sei das nachfolgende Belastungsprofil zu berücksichtigen: Körperlich leichte, wechselbelastende Arbeit überwiegend stehend mit der Möglichkeit, das Standbein zu wechseln beziehungsweise einige Schritte zu gehen/sich zu bewegen, nicht längere Zeit sitzend, ohne häufiges Arbeiten über Taillenhöhe, ohne häufiges Bücken oder Verharren in gebückter/verdrehter Zwangshaltung des Rumpfes und ohne Treppensteigen (S. 9 Mitte).

Der Gesundheitszustand habe sich seit der vertrauensärztlichen Untersuchung durch Dr. D.____ nicht wesentlich geändert, obwohl damals die LWS-Problematik nicht beschrieben worden sei (S. 9 unten). 3.9

In der – vom hiesigen Gericht wie auch vom Bundesgericht geschützten (vgl. Sachverhalt E. 1.2) - Verfügung vom 8. April 2014 (Urk. 8/97) ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere auf den orthopädischen Untersuchungsbericht des RAD vom 3. Oktober 2013 (E. 3.8), davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nur leicht verschlechtert habe und in einer leidensangepassten Tätigkeit weiterhin von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen sei, woraus ein Invaliditätsgrad von 55 % resultiere (S. 2 oben). 4. 4.1

Nach dem Verschlechterungsgesuch vom 27. März 2018 (Urk. 7/127; Urk. 8/137) gingen unter anderem die folgenden medizinischen Berichte ein: 4.2

Dr. med.

I.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik C.____, nannte im Operationsbericht vom 2. Mai 2017 (Urk. 8/149) als Diagnose eine Ruptur der Supraspinatussehne sowie kraniale Partialläsion der Subscapularissehne

Lafosse I, eine instabile lange Bizepssehne sowie subakromiales

Impingement und AC-Gelenksarthrose Schulter rechts (S. 1 oben). Seit Jahren bestünden Schulterschmerzen rechts. Als Nebendiagnose bestehe eine ausgeprägte Fibromyalgie und auf der Gegenseite sei trotz korrekter Rekonstruktion sowie guter Sehneneinteilung kein gutes Ergebnis erzielt worden. Die Operation habe eine Arthroskopie, Tenotomie der langen Bizepssehne, Débridement der Subskapularissehne, Rekonstruktion der Supraspinatussehne mittels SpeedBridge, Bursektomie, Akromioplastik und AC-Gelenksresektion umfasst (S. 1 Mitte).

Im Konsultationsbericht vom 7. November 2017 (Urk. 8/152) hielt Dr. I.____ fest, die Beschwerdeführerin sei 6 Monate postoperativ noch immer stark schmerzgeplagt. Sie habe Tag- und Nachtschmerzen, allerdings nicht nur in der Schulter, sondern auch in den Knien und in der Muskulatur

(S. 1 Mitte). Sonographisch zeige sich eine optimale Situation 6 Monate postoperativ. Die Rehabilitation werde für noch nicht ausgeschöpft gehalten, sicherlich dauere es bei der Beschwerdeführerin mit der Fibromyalgie länger, um eine optimale muskuläre Stabilisierung zu erreichen. Nichtsdestotrotz sei es gut möglich, dass deutliche

Restschmerzen bestehen blieben, welche dann nicht auf die Schulter, sondern auf die grundsätzliche Schmerzproblematik zurückzuführen seien. In der Folge der aktuellen Situation sei auch eine depressive Entwicklung entstanden (S. 2 Mitte) .

Am 27. Februar 2018 (Urk. 8/156) berichtete Dr. I.____ , es bestehe nach wie vor eine ausgeprägte Druckdolenz der gesamten Schulter-/Rücken-/Armregion, jedoch beidseits. Die Schmerzen seien wechselnd und sprängen von Gelenk zu Gelenk (S. 1 unten). Erneut sei zu betonen, dass zusätzlich eine Schmerzstörung vorliege bei Fibromyalgie. Die Sehne schein geheilt, es bestünden massive Rest beschwerden, welche unter anderem auf die Nebendiagnosen (Fibromyalgie; Depr essionen, Differentialdiagnose [DD] im Rahmen der Schulteroperation vom 2. Mai 2017; subjektiv schlechtes Ergebnis nach Schulterarthroskopie 2010; vgl. S. 1 oben) zurückzuführen seien (S. 2). 4.3

Dr. med.

J.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Nephrologie, führte in seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 27. März 2018 (Urk. 8/127) aus, die Schmerzen seien leider stärker als vor der Operation vom Mai 201 7. Die Muskulatur der rechten und der linken Schulter sei stark schmerzhaft. Ferner leide die Patientin unter Fibromyalgie. Aus seiner Sicht sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. 4.4

Die Ärzte des Röntgeninstituts K.____ beurteilten anlässlich der MRT- Arthrographie des rechten Schultergelenks vom 30. April 2018 (Urk. 8/153) eine progrediente Tendinopathie und transmurale Partialruptur der Supraspinatus sehne dorsal bei Status nach Operation vom Mai 2017, jedoch weniger ausgeprägt als in der Voruntersuchung vom 29. September 201 6. Neu aufgetreten sei ein diffuses Knochenmarksödem im proximalen Humerusschaft und Hals, DD Über lastung, DD Knochenmarksödem-Syndrom. Neu aufgetreten sei eine unspezifische Synovitis . Sodann bestehe eine diskret progrediente AC-Gelenksarthrose. 4.5

Dr. J.____ hielt in seinem Bericht vom 24. Mai 2018 (Urk. 8/141) fest, im Sinne von Funktionseinschränkungen bestünden Schmerzen an beiden Schultern. Es bestünden Schmerzen am ganzen Körper. An der rechten Schulter bestünden am meisten Schmerzen, aber auch die linke Schulter sei schmerzhaft (Ziff. 3.4). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in angepasster Tätigkeit betrage 0 % (Ziff. 4.1-2). 4.6

Dr. med. L.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 2. Juli 2018 (Urk. 8/178) einleitend aus, seit er die Beschwer deführerin kenne, halte er sie auf dem offenen Arbeitsmarkt für nicht arbeitsfähig (S. 1 oben). E r behandle sie seit dem 26. Juni 2017 (Ziff. 1.1), wobei die Behand lung gegenwärtig zwei- bis vierwöchentlich stattfinde (Ziff. 1.2). Dr. L.____ nannte folgende Diagnosen (Ziff. 2.5): - chronifiziert larviert depressives Zustandsbild mit Somatisierung von Beschwerden (ICD-10 F32.8) - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), DD Fibromyalgie - Fibromyalgie, seit 2002 - persistierende Schmerzsymptomatik bei Status nach arthroskopischer Schulteroperation rechts am 2. Mai 2017 wegen Sehnenabriss sowie Schulteroperation links 2010

Ab 2002 seien die «wandernden Gelenkschmerzen» aufgetreten ; zuerst im Knie bereich links, dann rechts, später auch im Schulterbereich beidseits, im Nacken- und Kreuzbereich sowie in den Fussgelenken. Diese wechselhaft auftretenden Schmerzen seien extrem stark, so dass die Beschwerdeführerin die entsprechen den Gelenke manchmal nicht mehr

bewegen könne. Sie habe dann sehr oft Kortisonspritzen erhalten, um weiterarbeiten zu können. Man habe eine Fibro myalgie diagnostiziert. Gegen diese Schmerzen würden bei ihr nur 75 mg Ecofenac einigermaßen wirken, so dass die Schmerzen nach 1 bis 2 Stunden erträglicher würden (S. 2 oben Ziff. 2.1).

Hinsichtlich Funktionseinschränkungen bestehe eine stark wechselhaft ausgeprägte Schmerzsymptomatik, welche jegliche Tätigkeit verhindern könne (Ziff. 3.4). Wie viele Stunden pro Tag die bisherige Tätigkeit zumutbar sei, könne Dr. L.____ nicht beantworten (Ziff. 4.1). Wie viele Stunden pro Tag eine leidens angepasste Tätigkeit zumutbar sei, könne er auch nicht wirklich beantworten. Er könne sich vorstellen, dass die Beschwerdeführerin während des Tages einige Stunden (1 bis 6?) wechselhaft einer leichten Haushaltstätigkeit nachgehen könne (Ziff. 4.2) . 4.7

Die Orthopäden der Universitätsklinik B.____ führten im Sprechstundenbericht vom 25. Juli 2018 (Urk. 8/181) aus, die Beschwerdeführerin habe sich aufgrund von persistierenden Schulterschmerzen rechtsbetont selbst zugewiesen (S. 1 Mitte). Im Moment sei sie für schwere körperliche Belastungen nicht arbeitsfähig (S. 2 unten) . 4.8

4.8.1

Dr. med.

M.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. N.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med.

O.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, sowie Dr. med.

P.____ , Facharzt für Neurologie, Y.____ , erstatteteten am 29. Januar 2020 ihr polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/215). 4.8.2

Dr. M.____ nannte im internistischen Teilgutachten (S. 26-33) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine arterielle Hypertonie. Aus allgemein internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt (Ziff. 8.1 .1). In angepasster, körperlich leicht bis mittelschwerer Tätigkeit bestünden ebenfalls keine Einschränkungen (Ziff. 8.2 .1). 4.

E. 8.3

Dr. N.____ nannte im psychiatrischen Teilgutachten (S. 34-40) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.1) sonstige depressive Episoden (F32.8, larvierte Depression). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.2) nannte er ein diffuses, wechselhaftes Ganzkörperschmerzsyndrom (F54).

Als Reaktion auf eine diffuse und zunehmende Schmerzausbreitung sei es zu einer depressiven Verstimmungslage gekommen. Diese erkläre sich weitgehend durch die körperlichen Schmerzen, ansonsten ergäben sich keine weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren. Somit sei die Depression als larvierte Form, also als somatisierte Depression einzustufen (Ziff. 6.3) .

Von Behandlungsseite werde die Depression als chronifiziert eingestuft bei gleichzeitiger persistierender Schmerzsymptomatik und wahrscheinlich 100%iger Arbeitsunfähigkeit auf dem offenen Arbeitsmarkt, wobei die Prognose bezüglich beruflicher Wiedereingliederung eher schlecht sei. Somit sei zu folgern, dass die Behandlung der Depression sich eher in

einem Erhaltungszustand befinde, ohne Aussichten auf einen kurativen Ausgang (Ziff. 7.2).

Hinsichtlich Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation sei offensichtlich, dass die beklagten Schmerzen, deren diffuse Ausdehnung und depressiv-subjektive Verarbeitung weit ausgeprägter seien als die objektiven Befunde (Ziff. 7.3.1). Hinsichtlich Konsistenz und Plausibilität im Alltag schildere die Beschwerdeführerin einen sehr reduzierten Alltag, der insoweit zur subjektiven Krankheitsüberzeugung passe (Ziff. 7.3.2). Dr. L. ___ habe ein chronifiziertes larviertes depressives Zustandsbild mit Somatisierung der Beschwerden (F32.8) beschrieben. Aufgrund der Befunde könne Dr. N. ___ diese Diagnose stützen. Es handle sich hier weniger um ein eigenständiges depressives Krankheitsmoment als vielmehr um ein reaktiv auf die Körperbeschwerden ausgebildetes depressives Zustandsbild. Im Vordergrund der Arbeitsunfähigkeit stünden auch weniger die depressive Symptomatik als vielmehr die Schmerzen (Ziff. 7.3.3).

Die Beschwerdeführerin imponiere durch eine hohe Klagsamkeit, sie besinne sich kaum auf eigene Ressourcen, so dass die Prognose insgesamt ungünstig zu beurteilen sei. Innerlich scheine sie mit einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt abgeschlossen zu haben (Ziff. 7.4).

Die bisherige Tätigkeit könne aus psychiatrischer Sicht während 7 Stunden (pro Tag) durchgeführt werden. Aufgrund der Symptomatik bestehe ein geringeres Rendement. Insgesamt liege die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bei 80 %, wobei sich das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit über die Jahre kaum verändert habe (Ziff. 8.1). Eine angepasste Tätigkeit müsste eine leichte Tätigkeit sein mit der Möglichkeit zu Pausen. In einer solchen Tätigkeit wären 7-8 Stunden pro Tag möglich. Es bestehe eine Einschränkung im Sinne eines verminderten Rendements. Die Arbeitsfähigkeit liege bei 80 %, der zeitliche Verlauf sei in der Retrospektive unverändert (Ziff. 8.2).

Der Gesundheitszustand habe sich aus psychiatrischer Sicht seit dem Zeitpunkt der RAD-Untersuchung vom Oktober 2013 nicht entscheidend verändert. Bereits damals sei eine reaktive depressive Stimmungslage festgestellt worden (Ziff. 8.5). 4.8.4

Dr. P. ___ nannte im neurologischen Teilgutachten (S. 41-47) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (Ziff. 6.2): - Ganzkörperschmerzsyndrom - funktionelles sensibles Hemisyndrom rechts - Migräne ohne Aura

Die Beschwerdeführerin gebe Schmerzen am ganzen Körper an. Sie habe diese seit 2002, sie seien im Verlauf immer schlimmer geworden (Ziff. 3.1). Betreffend Kopfweg gebe sie an, dass sie immer wieder massivste Schmerzen habe im Sinne eines Stechens im Schläfenbereich beidseits respektive im ganzen Kopf, sie sei dann sehr lichtempfindlich, müsse dunkel machen und zum Teil auch erbrechen. Derartige Schmerzen dauerten zwei bis drei Tage und sie behandle sie mit Aspégic

1000 mg, was teilweise helfe. Die Häufigkeit sei unterschiedlich, vielleicht einmal pro Woche (Ziff. 3.2.1). Der klinisch-neurologische Status sei bis auf die Angaben bei der Sensibilitätsprüfung unauffällig. Insbesondere ergäben sich – auch bildgebend - keine Anhaltspunkte für das allfällige Vorliegen einer radikulären Reiz- oder Ausfallsymptomatik als potentielle Erklärung für Schmerzausstrahlungen in die Arme oder in die Beine. Deskriptiv liege ein «Ganzkörperschmerzsyndrom» vor, für welches sich aus neurologischer Sicht keine Erklärung ergebe. Abgrenzbar vom

Ganzkörperschmerzsyndrom sei aus neurologischer Sicht eine Migräne ohne Aura, die entsprechenden Kriterien zur Stellung der Diagnose seien erfüllt (Ziff. 7.1).

Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation seien aus neurologischer Sicht insofern gegeben, als keine Anhaltspunkte in Richtung einer Aggravation vorlägen. Es bestehe aber eine erhebliche Diskrepanz zwischen angegebenen Beschwerden und deren Auswirkungen im Alltag und bei der Arbeit zu den klinisch und bildgebend objektivierbaren Befunden. Diese Diskrepanz und auch der Langzeitverlauf der Symptomatik seien eigentlich nur mit einer Schmerzfehlverarbeitung zu erklären (Ziff. 7.3.1).

Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung betreffend eine Tätigkeit. Selbstverständlich könne die Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Migräneattacke kurzfristig und in unvorhersehbarer Weise ganz oder teilweise beeinträchtigt sein. Das Vorliegen einer sporadischen Migräne begründe aber keine prinzipielle Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 8.2.1).
4.8.5

Dr. O.____ nannte im rheumatologischen Teilgutachten (S. 48-59) folgende, hier verkürzt wiedergegebenen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.1): - chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates - persistierende schmerzhafte Funktionseinschränkung Schulter beidseits (Rechtshänderin)

Die aktuellen klinischen Befunde am Bewegungsapparat könnten die hochgradige subjektive Beschwerdeintensität und die geschilderte massive Behinderung nur ungenügend begründen, nachvollziehbar sei lediglich eine mindestens mässiggradig eingeschränkte Belastbarkeit der Schulterregionen und eine leicht- bis mässiggradig verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts (Ziff. 7.1 unten). Bei der klinischen Untersuchung hätten sich keine klaren Inkonsistenzen ergeben (Ziff. 7.3.1). Sehr ungewöhnlich sei, dass am Untersuchungstag im Serum kein Diclofenac nachweisbar gewesen sei, obwohl die Beschwerdeführerin angegeben habe, dass sie regelmässig sehr hohe Dosen eines retardierten Diclofenac -Präparates einnehme (Ziff. 7.3.2). Es bestehe eine mässiggradig bis deutlich eingeschränkte Belastbarkeit beider Schulterregionen, eine mässiggradig eingeschränkte Belastbarkeit des Achsenskeletts und eine mässiggradig verminderte allgemein-körperliche Belastbarkeit (Ziff. 7.4).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin 4 Stunden täglich anwesend sein, eher ohne Einschränkung der Leistung. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit hier 50 % (Ziff. 8.1). Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit sei körperlich nur sehr leicht bis leicht und beinhalte insbesondere nur eine sehr leichte bis leichte Belastung beider Arme und Schulterregionen, keine Arbeiten über Brusthöhe, keine monoton-repetitiven Haltungen oder Bewegungen sowie Möglichkeit zu Wechselpositionen (Ziff. 8.2.1). Hier betrage die maximale Präsenz 6 Stunden täglich, wobei etwas vermehrte Ruhe- und Erholungspausen nötig seien (Ziff. 8.2.3). Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit hier 60 % (Ziff. 8.2.4). Bei akuten Beschwerdeexazerbationen und insbesondere während den perioperativen Phasen der Schulteroperationen 2010 und 2017 habe vorübergehend für zirka sechs Monate auch für eine geeignete Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (Ziff. 8.2.5). Daneben könne aus rheumatologischer Sicht keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands seit 2013 objektiviert werden (Ziff. 8.5).
4.8.6

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (S. 4-12) nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.2.a): - persistierende

schmerzhafte Funktionseinschränkung Schulter beidseits (Rechtshänderin) -
Panvertebralsyndrom - sonstige depressive Episoden (F32.8, larvierte Depression)

Sie kamen zum Schluss, es bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer adaptierten Verweistätigkeit gemäss dem vom rheumatologischen Teilgutachter formulierten Belastungsprofil (vgl. Ziff. 4.7.1 sowie E. 4.8.4 vorstehend) eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (Ziff. 4.3). Die im rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten attestierten Arbeitsunfähigkeiten könnten in der Summe nicht addiert werden, da für die jeweiligen Ruhepausen die gleichen Pausen in Anspruch genommen werden könnten (Ziff. 4.8).

Nach der Schulteroperation rechts vom Mai 2017 habe während einigen Monaten auch für eine geeignete Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Daneben könne aus rheumatologischer Sicht keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands seit 2013 objektiviert werden. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand seither nicht entscheidend verändert. Bereits im Oktober 2013 sei eine reaktive depressive Stimmungslage festgestellt worden. Die aktuelle Situation, geringfügig verändert zu 2013, könne ab Januar 2018 bestätigt werden (Ziff. 4.11). 4.9

Dr. L.____ führte in seinem Schreiben vom 2. Mai 2020 (Urk. 8/227) an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin aus, heute würde er die im Bericht vom 2. Juli 2017 gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerz störung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) zuordnen (S. 1). In Korrektur des psychiatrischen Y.____ -Teilgutachtens könne man nicht von einer unauffälligen Kindheits- oder Persönlichkeitsentwicklung ausgehen, wenn man bedenke, dass die Beschwerdeführerin mit 8 Jahren ihre Mutter verloren und der Vater sich aus dem Staub gemacht habe, so dass sie unter anderem die Betreuung ihrer vier jüngeren Geschwister übernommen und neben der Grundschule versucht habe, den Laden der Mutter weiterzuführen. Möglicherweise habe dies bereits damals den Boden für eine somatoforme Schmerzstörung geebnet (S. 2 oben). Zudem habe die Beschwerdeführerin im Juli 2017 unter starken Schuld gefühlten gelitten, weil sie ihrem an Prostatakrebs erkrankten Bruder die notwendige Therapie nicht habe finanzieren können, so dass dieser am 24. Januar 2017 verstorben sei (S. 2 Mitte).

Im Vordergrund der Schmerzursache stehe eine Depression in ihrer somatisierten Form . Die psychischen Symptome träten als eher leicht in Erscheinung, da sie «larviert» seien und das Hauptsymptom dieser Diagnose der Schmerz sei. Dieser sei derart stark, dass von einer schweren chronifizierten Depression ausgegangen werden sollte, und nicht von einem Ganzkörperschmerzsyndrom, bei welchem die psychischen Störungen nur leicht seien (S. 2 unten). Aus Sicht von Dr. L.____ spreche sehr viel dafür, dass eine anhaltende somatische Belastungsstörung die Hauptdiagnose und für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ursächlich sei (S. 3 oben). 4.10

Die Y.____ -Gutachter nahmen am 26. August 2020 (Urk. 8/23 2) Stellung zum Bericht von Dr. L.____ vom 2. Mai 2020 (E. 4.9) und den von der Beschwerde führerin aufgeworfenen Zusatzfragen (Urk. 8/221). Dabei hielten sie einleitend fest, Dr. N.____ sei mittlerweile e pensioniert, weshalb Dr. med.

Q.____ , Fach arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, an seiner Stelle antworte (S. 1 oben).

Zu den Fragen im Fachbereich Psychiatrie führten sie aus, die Depression sei leichtgradig ausgeprägt (Ad 1). Dr. L.____ habe ebenfalls eine larvierte Depression diagnostiziert und

dies vor allem mit den beklagten Schmerzen begründet. Das depressive Zustandsbild sei nicht wesentlich ausgeprägt, die Beschwerdeführerin pflege regelmässig soziale Kontakte, habe eine gute Beziehung zu ihrem Ehemann, könne ohne Schwierigkeiten lesen und fahre Auto. Sie sei in ihrer Berufsfähigkeit nicht durch schwere, invalidisierende Schmerzen beeinträchtigt. Die depressive Störung sei geringgradig ausgeprägt, so dass aufgrund der geringgradig ausgeprägten psychischen Überlagerung der geklagten Schmerzen keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Die Arbeitsfähigkeit sei einzig aufgrund der leichtgradig ausgeprägten Depression beeinträchtigt, so dass aus psychiatrischer Sicht nur eine geringgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne (Ad 2). Das reduzierte Aktivitätsniveau sei nicht durch eine psychiatrische Störung bedingt. Die Beschwerdeführerin begründe ihr reduziertes Aktivitätsniveau vor allem mit ihren Schmerzen. Dazu müsse aus somatischer Sicht Stellung genommen werden. Aus somatischer Sicht wäre ihr eine adaptierte Tätigkeit zu 60 % zumutbar. Aufgrund der leichtgradig ausgeprägten Depression und der geringgradig überlagerten somatischen Beschwerden könne keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Ad 3). Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht hinreichend objektivieren. Daher habe das Ganzkörperschmerzsyndrom auch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ad 4). Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, wie sie von Dr. L. ___ diagnostiziert worden sei, schränke die Betroffenen in ihrer Alltagsgestaltung wesentlich ein. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, in der Regel am Morgen aufzustehen, Spaziergänge zu unternehmen, sie lese regelmässig, bewege sich auf dem Heimweg, unternehme auch abends Spaziergänge, die sie durchaus geniessen könne. Sie sei also durch die Schmerzen im Alltag nicht in einem invalidisierenden Ausmass beeinträchtigt, so dass die Diagnose einer Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Es handle sich somit um ein Ganzkörpersyndrom beziehungsweise um eine psychische Überlagerung der geklagten Schmerzen, die keinen Krankheitswert habe und die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige (S. 3 oben).

Betreffend den Fachbereich Rheumatologie führten die Gutachter aus, es bestehe keine wesentliche Diskrepanz zwischen einer Fibromyalgie und einem Ganzkörperschmerzsyndrom. Beide beschrieben, dass faktisch überall und nicht befundorientiert Beschwerden und Schmerzen zur Kenntnis zu nehmen seien (Ad 7).

Betreffend den Fachbereich Neurologie werde der Beschwerdeführerin zuerkannt, dass gelegentlich eine Migräneattacke derart ausfallen könne, dass sie einen Tag ausfalle. Über das ganze Jahr gesehen seien diese Ausfälle jedoch nicht so regelmässig und häufig vorhanden, dass daraus eine dauerhafte und bezifferbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableitbar wäre (Ad 9).

Interdisziplinär sei im Rahmen der Gesamtbeurteilung festgestellt und festgelegt worden, dass das ubiquitäre Schmerzsyndrom ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei und dementsprechend die erhebliche Einschränkung aus rheumatologischer Sicht durch die Schulterfunktionseinschränkungen und das Panvertebralsyndrom zu erklären seien (Ad 10). 4.11

Dr. L. ___ replizierte am 15. November 2020 (Urk. 7/237) noch einmal zur Y. ___ -Stellungnahme vom 26. August 2020 (E. 4.10). Dabei führte er aus, bei einer larvierten Depression zeige sich die depressive Symptomatik getarnt, bei der Patientin mit einer verstärkten Schmerzsymptomatik aufgrund einer depressiven Schmerzverarbeitung. Diese

Schmerzsymptomatik könne nicht allein durch einen in der Somatik tätigen Arzt erklärt werden, es sei denn, er berücksichtige auch die psychiatrische Komponente. Die Beschwerdeführerin sei sehr wohl in ihren alltäglichen Verrichtungen derart schwerwiegend eingeschränkt, dass es ein invalidisierendes Ausmass annehme (Ad 2). Es handle sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung, um eine somatopsychische oder psychosomatische Komponente, in welcher die depressive Symptomatik ihren Ausdruck finde und sich somatische und psychische Faktoren gegenseitig negativ beeinflussten (Ad 6). 5. 5.1

Das polydisziplinäre Y.____ -Gutachten vom 29. Januar 2020 (E. 4.8) erfüllt im Verbund mit der ergänzenden Stellungnahme der Gutachter vom 26. August 2020 (E. 4.10) die Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Bericht (E. 1.6), weshalb grundsätzlich auf die entsprechenden Feststellungen abgestellt werden kann. 5.2

Abgesehen von einer vorübergehenden vollen Arbeitsunfähigkeit für einige Monate nach der Schulteroperation vom Mai 2017 konnten die Gutachter keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands gegenüber 2013 feststellen. Die aktuelle Situation sei gegenüber derjenigen von 2013 nur geringfügig verändert (E. 4.8.6). 5.3

Ein Blick in die der Verfügung vom 8. April 2014 zugrunde liegenden

medizinischen Akten (E. 3) bestätigt dies. Unbestritten und ausgemacht ist, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2008 eine Prellung der linken Schulter erlitt, in der Folge bildgebend dort lokalisierte Verletzungen objektiviert werden konnten und im April 2010 ein entsprechender operativer Eingriff erfolgte (E. 3.2 -3). Nach einem Sturz im Badezimmer im Mai 2010 exazerbierten sodann immer wieder nicht nur Schulter- sondern auch Rückenschmerzen (E. 3.6 ; E. 3.8). Gegenüber dem RAD-Orthopäden Dr. H.____ berichtete die Beschwerdeführerin im Oktober 2013 von ständigen bewegungsunabhängigen starken Schmerzen in der linken Schulter (E. 3.8).

Schon damals hielten die behandelnden Spezialisten fest, die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden seien unklar (E. 3.3), es sei keine eindeutige strukturelle Grundlage der von ihr angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen zu finden (E. 3.4). Auch der beratende Rheumatologe der Krankentaggeldversicherung, Dr. D.____, fand keine Erklärung für die ausgeprägte Schultererschmerzproblematik in Ruhe aber auch bei Bewegungen (E. 3.5). 5.4

Seither unterzog sich die Beschwerdeführerin im Mai 2017 einer Operation der rechten Schulter, nachdem hier ebenfalls seit Jahren Schmerzen bestanden hätten. Eine ausgeprägte Druckdolenz der Schulter-/Rücken-/Armregion beidseits persistierte allerdings auch nach dem Eingriff (E. 4.2-3), wobei gemäss dem Bericht des Hausarztes vom Mai 2018 an der rechten Schulter am meisten Schmerzen bestanden hätten, bei ebenfalls schmerzhafter linker Schulter (E. 4.5). Wie damals (E. 5.3) waren die Beschwerden auch jetzt somatisch nur bedingt erklärbar. So hielt die operierende und nachbehandelnde Orthopädin Dr. I.____ Ende Februar 2018 fest, die Sehne sei an sich geheilt. Es sei zu betonen, dass zusätzlich eine Schmerzstörung vorliege bei Fibromyalgie (E. 4.2).

Es ist somit schlüssig, dass auch der rheumatologische Y.____ -Teilgutachter Dr. O.____ festhielt, die aktuellen klinischen Befunde am Bewegungsapparat können die hochgradige subjektive Beschwerdeintensität und die geschilderte massive Behinderung nur ungenügend begründen, nachvollziehbar ist lediglich eine mindestens mässiggradig eingeschränkte

Belastbarkeit der Schulterregionen und eine leicht- bis mässiggradig verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts (E. 4.8.5). Seine Einschätzung überzeugt nicht nur aufgrund ihrer Übereinstimmung mit den Berichten der behandelnden Ärzte, sondern auch deshalb, weil es ihm gelang, das Beschwerdebild differenziert in einen somatisch nachvollziehbaren und in einen nicht nachvollziehbaren Anteil aufzugliedern. Der Vorwurf der Beschwerdeführerin, Dr. O.____ habe es unterlassen, einen Zusammenhang zwischen den klinischen Befunden und der genannten Einschätzung herzustellen (vgl. Urk. 1 Ziff. 13), geht dabei fehl. So hielt der Teilgutachter vor seiner Konklusion anschaulich fest, dass klinisch die Spontanbewegungen unbehindert mit Ausnahme der Schulterbewegungen sind. Es fänden sich geradezu ubiquitäre Druckdolenzen aller Strukturen des Bewegungsapparates und auch ubiquitäre Bewegungsschmerzen aller grossen und kleinen Gelenke. Articulo- oder Tenosynovitiden seien nicht nachweisbar. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei in allen Abschnitten nicht relevant eingeschränkt. Die Schulterbeweglichkeit sei beidseits schmerzhaft mindestens mässiggradig vermindert für Abduktion und Elevation nach vorne bei uneingeschränkter glenohumeraler Aussenrotation und bei positiven Impingement-Zeichen (S. 56 Ziff. 7.1). 5.5

Die Schlussfolgerung des rheumatologischen Teilgutachters, wonach aus rheumatologischer Sicht in angepasster, näher beschriebener Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % besteht (E. 4.8.5), wurde von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert bestritten. Gleiches gilt für seine Feststellung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustands seit 2013, welche sich denn

auch zahlenmässig mit der damaligen beweiskräftigen Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit durch den RAD-Arzt Dr. H.____ (E. 3.8) gut verträgt.

Dass in rheumatologischer Hinsicht kein Revisionsgrund gegeben ist, ist demnach erstellt. 5.6

Einer weiteren Prüfung bedarf demgegenüber, ob derjenige Anteil der subjektiv erlebten Beschwerden, welcher vom Y.____-Rheumatologen als weiterhin (vgl. E. 5.3) nicht nachvollziehbar erachtet wurde (E. 5.4), möglicherweise durch einen neu hinzugetretenen psychischen Gesundheitsschaden erklärt werden kann.

Diese Argumentationslinie hat die Beschwerdeführerin eingeschlagen. Sie kritisierte das psychiatrische Teilgutachten einerseits als zu oberflächlich und stellte sich zudem auf den Standpunkt, die psychischen Befunde hätten erstmals einen Schweregrad erreicht, der eine langjährige psychotherapeutische Behandlung erforderlich gemacht habe, und es sei erstmals eine psychiatrische Diagnose mit funktioneller Auswirkung ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund widerspreche das Attest einer in psychischer Hinsicht seit 2013 kaum veränderten Situation dem tatsächlichen Verlauf und dem psychiatrischen Gutachten (E. 2.2). 5.7

Der Rheumatologe Dr. D.____ hielt im November 2011 fest, die Beschwerdeführerin habe psychisch einen stabilen und unauffälligen Eindruck hinterlassen (E. 3.5). Der RAD-Orthopäde Dr. H.____ nannte nach seiner Untersuchung vom Oktober 2013 eine reaktive depressive Stimmungslage als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (E. 3.8). Dies ist indes keine psychiatrische Diagnose nach der ICD-

E. 10

Klassifikation .

Weiter sind beide genannten Ärzte nicht vom Fach. Damit kann nur, aber immerhin, festgehalten werden, dass im Oktober 2013 Hinweise auf psychische Beschwerden bestanden, die echtzeitliche psychiatrische Aktenlage jedoch zu dünn ist für gesicherte Schlüsse betreffend die damalige Situation.

Immerhin schloss der psychiatrische Teilgutachter aber aus der damaligen reaktiven depressiven Stimmungslage auf einen heute nicht entscheidend veränderten psychischen Gesundheitszustand (E. 4.8.3). Angesichts dessen, dass die erwähnte Stimmungslage im Jahr 2013 auch aus Sicht der Y.____-Gutachter keine eigentliche psychiatrische Diagnose darstellt (vgl. Urk. 8/232 Ad 5. b), bestätigt dies das Vorliegen von nur sehr geringgradigen psychischen Beschwerden im Begutachtungszeitpunkt.

Dies deckt sich nicht nur mit dem erhobenen, weitgehend unauffälligen Psychostatus (Urk. 8/215 S. 37 Ziff. 4.3), sondern insbesondere auch mit der Klarstellung durch die Gutachter im August 2020, wonach die Depression nur leichtgradig ausgeprägt ist (E. 4.10). Klar gestellt wurde bei dieser Gelegenheit auch, dass die depressive Störung nur zu einer geringgradig ausgeprägten Überlagerung der somatischen Schmerzen und damit nebst der somatisch begründeten Arbeitsunfähigkeit von 40 % zu keiner zusätzlichen Arbeitsunfähigkeit führt. Dass die se

nicht mit der – bei gesonderter Betrachtung – durch die Depression bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (E. 4.8.3) zu addieren ist, war bereits im Gutachten vom Januar 2020 nachvollziehbar damit begründet worden, dass für die jeweiligen Ruhepausen die gleichen Pausen in Anspruch genommen werden können (E. 4.8.6). 5. 8

Somit stösst auch der Vorwurf der Beschwerdeführerin ins Leere, die Beurteilung der Schmerzen sei unzulässiger Weise an die Somatiker delegiert worden (E. 2.2). Vorliegend berücksichtigten die Somatiker die Schmerzen soweit, als sie für sie nachvollziehbar waren. Für den somatisch nicht nachvollziehbaren Teil der subjektiv empfundenen Beschwerden liegt indes auch aus psychiatrischer Sicht keine genügende Erklärung vor (E. 5.7). Ihm fehlt es somit an Krankheitswert.

5.9

Zu bejahen wäre ein Krankheitswert wohl, wenn in psychischer Hinsicht eine somatoforme Störung vorliegen würde. Eine solche diagnostizierte der behandelnde Psychiater Dr. L.____ am 2. Mai 2020 in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Dem betreffenden Bericht (E. 4.9) kann jedoch aus verschiedenen

Gründen nur eine beschränkte Beweiskraft zukommen. Zunächst hat das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen). Dafür spricht vorliegend auch, dass der Bericht erst spät, nämlich während laufenden Vorbescheidverfahrens, verfasst wurde, dies zudem zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a).

Es fällt denn auch auf, dass die erwähnte Diagnose in diesem Bericht von Dr. L.____ zum ersten Mal genannt wurde, obwohl sie laut Verfasser mit Ereignissen in der Kindheit zusammenhängen würden, welche mithin schon ein halbes Jahrhundert her sind.

Widersprüchlich führte Dr. L.____ sodann am Ende des Berichts aus, im Vordergrund der Schmerzursache stehe eine Depression in ihrer somatisierten Form. Es bleibt somit unklar, welche Diagnose gemäss Dr. L.____ vorliegen soll, nachdem bei der Diagnose F45.41 ein vermutlich psychogener Schmerz im Verlauf einer depressiven Störung nicht zu berücksichtigen ist (Dil ling / Mombour /Schmidt, Inter nationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10., überarbeitete Auflage, Bern 2015, S. 233).

Demgegenüber legten die Y.____ - Gutachter in ihrer Stellungnahme vom August 2020 überzeugend und nachvollziehbar dar, weshalb diese Diagnose angesichts der Alltagsgestaltung der Beschwerdeführerin nicht gestellt werden kann (E. 4.10). In der erwähnten Stellungnahme gingen sie zudem sehr detailliert und differenziert auf die inzwischen aufgeworfenen Fragen ein und zeigten die Zusammenhänge zwischen den somatischen und psychischen Vorgängen und den resultierenden Funktionseinschränkungen gut verständlich und unter Bezug nahme auf die erhobenen Befunde auf.

Der seitens Beschwerdeführerin geäusserte Vorwurf der oberflächlichen psychiatrischen Beurteilung (E. 2.2) ist somit insge samt klar zurückzuweisen. 5.10

Es bleibt somit in psychi atri scher Hinsicht bei der Diagnose einer leicht ausge prägten larvierten Depression (E. 4.8.3; E. 4.10). Eine wesentliche Veränderung seit der RAD-Untersuchung vom 3. Oktober 2013 beziehungsweise seit der Verfügung vom 8. April 2014 liegt somit nicht vor, wie die Gutachter zu Recht festhielten. Stimmiger Weise anerkannten sie den psychischen Beschwerden gesondert nur einen geringen und gesamthaft betrachtet keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (E. 5.7). Entgegen der Beschwerdeführerin (E. 2.2) war deshalb eine ausführliche Prüfung der Standardindikatoren nicht notwendig und konnte unterbleiben (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

Auch in psychi atri scher Hinsicht liegt somit kein Revisionsgrund vor.

5.11

In neurologischer Hinsicht schliesslich monierte die Beschwerdeführerin, die Migräne trete gemäss Anamnese wöchentlich auf und halte jeweils zwei bis drei Tage an, was eine erhebliche Einschränkung bedeute und wohl eine Arbeitsun fähigkeit von 50 % begründe (Urk. 1 Ziff. 14).

Der neurologische Teilgutachter Dr. P.____ diagnostizierte eine Migräne ohne Aura. Da diese nur sporadisch auftrete, begründe sie keine prinzipielle Arbeits unfähigkeit (E. 4.8.4). Im August 2020 wurde dies dahingehend präzisiert, dass die Beschwerdeführerin bei Migräneattacken zuerkannter Massen einen Tag aus falle. Über das ganze Jahr gesehen seien diese Ausfälle jedoch nicht regelmässig (E. 4.10).

Diese Begründung ist gut nachvollziehbar. Zwar deckt sie sich nicht vollumfäng lich mit den Angaben der Beschwerdeführerin. Es ist indes kaum vorstellbar, dass diese zwei bis drei Tage pro Woche unter heftigen Migräneattacken leidet, ohne dass sie dies zuvor jemals bei ihrem Hausarzt oder bei ihrem Psychiater deponiert, geschweige denn sich in fachärztliche neurologische Behandlung begeben hätte. Dass sie dies nicht tat, lässt auf einen eher geringen Leidensdruck schliessen und spricht für die gutachterliche Beurteilung.

Auch in neurologischer Hinsicht mangelt es somit an einem Revisionsgrund. 5.12

Nach dem Gesagten liegt weder in rheumatologischer (E. 5.5), noch in psychiatrischer (E. 5.10), noch in neurologischer (E. 5.11) Hinsicht ein Revisionsgrund vor. Damit erscheint auch die interdisziplinäre Beurteilung seitens der Y.____-Gutachter als schlüssig, dass sich die aktuelle Situation gegenüber 2013 nur geringfügig verändert hat (E. 4.8.6) und es somit auch gesamthaft betrachtet an einem Revisionsgrund fehlt.

Zwar erachteten die Y.____-Gutachter die Beschwerdeführerin als in angestammter Tätigkeit zu 50 % und in angepasster Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig (E. 4.8.6), nachdem RAD-Arzt Dr. H.____ im Oktober 2013 noch von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit und einer solchen von 50 % in angepasster Tätigkeit ausgegangen war (E. 3.8). Nachdem indes die Y.____-Gutachter von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand ausgehen, stellt ihre höhere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts dar, welche im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich ist (E. 1.4). 5.13

Bei Fehlen eines Revisionsgrundes erweist sich die angefochtene Verfügung vom 16. März 2021 als rechtens.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 6.2

Mit ihrer Beschwerde vom 3. Mai 2021 (Urk. 1) beantragte die Beschwerdeführerin die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beigabe von Rechtsanwalt Markus Loher als unentgeltlichen Rechtsbeistand. Am 20. September 2021 (Urk. 12) reichte sie aufforderungsgemäss (vgl. Urk. 4) weitere Unterlagen zur Begründung ihres Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung ein. Dabei gab sie an, über eine Rechtsschutzversicherung zu verfügen (vgl. Urk. 13 Ziff. 5) und führte aus, sie habe sich dagegen entschieden, sich vom Rechtsdienst ihrer Rechtsschutzversicherung vertreten zu lassen (Urk. 12 S. 2). 6. 3

Die Ausgangslage ist betreffend Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege weiterhin dieselbe wie im rechtskräftigen Urteil vom 24. Juni 2019 im Verfahren IV.2019.00088 (Urk. 8/210, E. 3.5). Die Beschwerdeführerin ist demnach noch mals darauf hinzuweisen, dass einem Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung nicht entsprochen werden kann, soweit eine Rechtsschutzversicherung, ein Verband oder eine Gewerkschaft für die Gerichts- und Anwaltskosten aufkommt. Dies gilt selbst dann, wenn die Kostenübernahme seitens der Rechtsschutzversicherung, des Verbandes oder der Gewerkschaft als nur subsidiär bezeichnet wird. Die versicherte Person kann in einem solchen Fall nicht als bedürftig gelten, andernfalls das durch den Mitgliederbeitrag versicherte Prozesskostenrisiko auf den Staat überwältigt würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_347/2007 vom 6. März 2008 E.).

6). 6.4

Die Beschwerdeführerin hat denn auch das verlangte Ablehnungsschreiben ihrer Rechtsschutzversicherung betreffend Übernahme der Prozesskosten (vgl. Urk. 13 Ziff. 5) nicht eingereicht. Es ist davon auszugehen, dass die Rechtsschutzversicherung der

Beschwerdeführerin für die Kosten des Prozesses aufkommen würde, sofern sich die Beschwerdeführerin durch diese und nicht ihren externen Rechtsvertreter vertreten lassen würde.

Eine Bedürftigkeit ist unter die sen Umständen zu verneinen und das Gesuch der Beschwerdeführerin um Ge währung der unentgeltlichen Rechtspflege abzu weisen. Das Gericht beschliesst : Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung wird abgewiesen und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensTiefenbacher

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