

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00522 vom 25. August 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-08-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00522](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00522)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00522 du 25 août 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00522 del 25 agosto 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Mai 2014 ausgerichtet wurde (vgl. Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 29. September 1999 [Urk. 10/14], vom 13. Mai 2013 [Urk. 10/45], vom 16. Juli 2013 [Urk. 10/49] sowie vom 28. August 2014 [Urk. 10/99]).

#### **E. 1.1**

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

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

#### **E. 1.2**

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

#### **E. 1.3**

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. 8 ATSG) sind.

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

#### **E. 1.4**

War eine Rente verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1).

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 seit Zuspreehung 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 141 V 9 E. 2.3, 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

#### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 8. September 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. August 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr rückwirkend und auch für die Zukunft eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um unentgeltliche Prozessführung sowie unentgeltliche Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster (Urk. 1 S. 2; vgl. auch Urk. 3/3 und Urk. 6-8/1-11).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2021 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 1. Oktober 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 5. August 2021 (Urk. 2) davon aus, eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse und namentlich des Gesundheitszustandes sei gestützt auf das Gutachten der Y.\_\_\_\_ ausgewiesen, da gestützt darauf und im Vergleich zur Situation im Jahr 1999 diverse neue Diagnosen hinzugegetreten seien, welche ihrerseits funktionelle Einschränkungen zur Folge hätten (S. 2

oben). Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage aus interdisziplinärer Sicht der Gutachter im Oktober 2019 (Begutachtungszeitpunkt) 80 %, wobei seit April 2015 keine relevante Änderung eingetreten sei (S. 2 Mitte). Eventuell bestehende prozentuale Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auf einem Fachgebiet würden sich nicht automatisch mit jenen auf einem anderen Fachgebiet addieren. Es sei stets die Gesamtsituation zu betrachten (S. 3 Mitte).

Das vorliegende Anforderungs- und Belastungsprofil rechtfertige auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keinen leistungsbedingten Abzug. Der vermehrte Pausenbedarf sei im reduzierten Pensum bereits berücksichtigt. Da Validen- und Invalideneinkommen auf derselben Grundlage zu bemessen seien und kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen sei, resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20 % (S. 2 f.).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das Gutachten der Y.\_\_\_\_ könne insofern nicht abgestellt werden, als dass ihr eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiert werde. Denn es sei weder im psychiatrischen noch im rheumatologischen Teilgutachten schlüssig und nachvollziehbar begründet und hergeleitet worden, weshalb die Arbeitsfähigkeit nicht um mehr als 20 % eingeschränkt sei. Ebenfalls lasse sich die 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit in der Konsensbeurteilung nicht erklären bei je 20% iger Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht sowie einer qualitativen Einschränkung aus neurologischer Sicht. Auf das besagte Gutachten könne daher nicht abgestellt werden. Selbst bei einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage der Invaliditätsgrad mindestens rentenbegründende 40 %, da angesichts der neurologisch bedingten qualitativen Einschränkung bei feinmotorischen Arbeiten und des eng umschriebenen rheumatologischen Zumutbarkeitsprofils bei gleichzeitiger Einschränkung aus psychischen Gründen bei der Bemessung des Invalideneinkommens ein leistungsbedingter Abzug von 25 % zu gewähren sei (S. 8 f. Ziff. 8).

### **E. 2.3**

Unbestritten ist, dass sich seit September 1999 (Vergleichszeitpunkt, Urk. 10/14) eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse, nämlich des Gesundheitszustandes, ergeben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob und inwiefern die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden seit der Neuanmeldung im Dezember 2016 (Urk. 10/129) verglichen mit dem Rentenentscheid vom September 1999 (Vergleichszeitpunkt) funktionell eingeschränkt ist.

### **E. 3**

Im Urteil IV.2015.00482 vom 3. August 2016 wurde Folgendes zur gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin anlässlich der Rentenzusprache per Juni 1999 ausgeführt (Urk. 10/127/5 Erwägung 3):

Die Rentenzusprache per Juni 1999 erfolgte im Wesentlichen aufgrund folgender Diagnosen: Fibromyalgiesyndrom oder psychogene rheumatische Beschwerden (somatoforme Störung im Rahmen der Depression), Betathalassämia minor, Hauterpes, funktionelle Dyspepsie, Adipositas (...), Beschwerden im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule (LWS; ...), des linken Hüftgelenks (...), im Bereich der Knie (...), linksseitige Beinschmerzen (...) und Lumbovertebralsyndrom mit Beckenkammtendinose

beidseits bei Chondrose L5/S1 (...).

Der behandelnde Hausarzt Dr. med. Z.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin damals eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Fabrikarbeiterin. Eine zusätzliche Arbeit zur Haushaltstätigkeit sei kaum in einem Umfang von über 20 bis 30 % möglich ( Bericht vom 30. Juni 1999, Urk. 10/9/1 Ziff. 1.1). Im Rahmen einer von der Krankenversicherung in Auftrag gegebenen vertrauensärztlichen psychiatrischen Untersuchung kam Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 9. September 1998 (Urk. 10/9/36-39) zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei in ihrer psychischen Gesundheit stark beeinträchtigt und daher auch der Doppelbelastung durch Arbeit und Familie nicht gewachsen. Die mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) schränke nicht nur die ausserhäusliche Arbeitsfähigkeit, sondern auch die Leistungsfähigkeit im häuslichen Bereich ein. In ihrer Tätigkeit als Weberin wie auch in anderen Tätigkeitsbereichen bestehe im Jahresdurchschnitt eine 80 bis 90%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 f.).

#### **E. 4**

.

##### **E. 4.1**

Im Urteil IV.2017.00661 des hiesigen Gerichts vom 15. Januar 2019 (Urk. 10/162) wurde erwogen, dass im Vergleich zur gesundheitlichen Situation bis Juni 1999, als die Beschwerdeführerin vorwiegend an Schmerzbeschwerden ohne objektiverbares Korrelat im Sinne eines fibromyalgischen Beschwerdekompleses sowie an einer depressiven Symptomatik gelitten habe, nun (November und Dezember 2016)

in den Berichten von Dr. B.\_\_\_\_ aus orthopädischer und Dr. C.\_\_\_\_ aus rheumatologischer Sicht diverse objektivierbare und strukturell-pathologische Befunde festgehalten worden seien, welche die Schmerzbeschwerden erklären und eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Sodann lägen auch bildgebend belegte Befunde im Bereich des Schultergelenks vor ( Rotatorenmanschetten -Läsion ; E. 4.2 ). Das Gericht erkannte, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuankündigung einzutreten und den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu prüfen habe ( E. 4.3 und S. 9 ). Infolgedessen holte die Beschwerdegegnerin diverse Arztberichte ein.

##### **E. 4.2**

Gemäss Schreiben von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädie und Phlebologie, vom 19. März 2019 besteht in einer angepassten Tätigkeit «keine 100 % Erwerbsminderung» (Urk. 10/166, vgl. auch Telefonnotiz, Urk. 10/167).

##### **E. 4.3**

Nach Angaben der Beschwerdeführerin befindet sie sich bei lic. phil. E.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung (Urk. 10/170/2). Eine regelmässige Behandlung finde jedoch nicht statt, so die Fachpsychologin in der Kurzstellungnahme vom 9. Mai 2019 (Urk. 10/173/2) : Sie habe die Beschwerdeführerin in den vergangenen eineinhalb Jahren lediglich drei Mal 30 Minuten gesehen, weshalb sie keinen Arztbericht ausfüllen könne.

##### **E. 4.4**

Am 22. Mai 2019 verfasste Dr. Z.\_\_\_\_ seinen letzten Bericht infolge Pensionierung (Urk. 10/174/3-7). Das chronische rheumatologische Schmerzsyndrom habe sich trotz

Intervention nicht verbessert (Ziff. 2.1). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein rheumatisches Krankheitsbild mit Arthrosen, Tendinopathien, Insertionstendinosen,

anhaltende und therapieresistente myofasciale Schmerzen, ein Schlafapnoesyndrom sowie eine depressive Symptomatik (Ziff. 2.5). Der Beschwerdeführer sei eine Tätigkeit während zwei bis drei Stunden täglich mit Pausen und inklusive Weg zumutbar (Ziff. 4.2).

#### **E. 4.5**

Im April und Mai 2019 wurde die Beschwerdeführer in durch Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht (Bericht vom 20. Mai 2019, Urk. 10/175).

Dr. F.\_\_\_\_ hielt fest, die Beschwerdeführerin leide an diversen Beschwerden im Bewegungssystem aufgrund von degenerativen Veränderungen (HWS, ACG beidseits, LWS, Hüft- und Fussgelenke). Ein Hinweis auf ein entzündliches rheumatisches Geschehen finde sich nicht. Eine medikamentöse Schmerztherapie sei aufgrund der Begleiterkrankungen (Ulcus duodeni, Diabetes mellitus) kontraindiziert. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei nicht möglich wegen nur geringer Belastbarkeit mit rezidivierenden Schmerzschüben an verschiedenen Lokalisationen, hohem Pausenbedarf und schmerzhafter Bewegungseinschränkung vor allem der linken Schulter und der HWS. Es bestehe eine verminderte Konzentration bei nächtlichen Schmerzen. Eine Besserung sei dauerhaft nicht absehbar. Einschränkungen würden im Sitzen und Stehen sowie beim Hantieren mit Geräten bestehen (S. 2).

#### **E. 4.6**

Im polydisziplinären Gutachten der

Y.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2019 (Urk. 10/186) wurden im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (S. 1-14) folgende Diagnosen festgehalten (S. 8 Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) - abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) - Karpaltunnelsyndrom beidseits - Status nach Karpaldachspaltung links September 2015, rechts ca. 2006-2009 - chronisches multilokuläres

muskuloskelettales Schmerzsyndrom (ICD-10 M25.50) - Cerviko- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M53.1, M54.4) - diskrete Skoliose - 6-gliedrige LWS - Diskusprotrusion C5/6 mit Tangierung der Nervenwurzel C6 rechts, Diskusprotrusion

C6/7 ohne Neurokompression (MRI 28. April 2017) - initiale Uncovertebralspondylose, oligosegmentale

Spondylarthrose und Osteochondrose (Röntgen 30. Oktober 2019) - leichte osteoligamentäre Spinalkanalstenose L4/5 mit Tangierung der Nervenwurzeln L5 rezessal beidseits und L5/6 mit Verlagerung der Nervenwurzeln rezessal beidseits, geringe Foramenstenosen L5/6 rechts und L6/S1 links (MRI 28. April 2017) - funktionelle Hypästhesie des linken Armes ohne anatomisch plausibles Verteilungsmuster - aktuell fehlende radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallssymptomatik - Periarthropathia humeroscapularis beidseits mit subacromialem

Impingement (ED Dezember 2014), aktuell vor allem links symptomatisch (ICD-10 M75.4) - AC-Arthrose rechts mit Impression des Subacromialraums (MRI 7. Juni 2018) - AC-Arthrose links, geringe Bursitis subacromialis links, Verdacht auf

Rotatorenmanschettenläsion

links (KM-Austritt in die Bursa subacromialis; MRI 24. Dezember 2014) - AC-Arthrose beidseits - Metatarsalgien bei Senkfüßen beidseits (ICD-10 M21.4) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - erhöhtes CRP unklarer Ätiologie, kontrollbedürftig - permanente, belastungsunabhängige Dys- und Parästhesien der Füße und Hände beziehungsweise Arme; DD i.R. (wohl: im Rahmen) der cervikalen Spinalkanalstenose, DD small-fiber Neuropathie - Status nach benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel - akutenanamnestisch Gonalgie beidseits und anamnestisch links bei medialem femorotibialer Arthrose links (Erstdiagnose April 2015) - (akuten-)anamnestisch plantare Calcaneodynie linksbetont bei (Status

nach) Plantarfasciitis links (MRI Juni 2017) - Digitus

quintus

adductus beidseits - Refluxbeschwerden ohne Reflux-Ösophagitis (ED 1989 Panendoskopie) - Beta-Thalassämie minor und unklare Splenomegalie (ED 1996) mit leicht erhöhtem HbA2 ohne Anämie - Adipositas per magna ohne Angaben von Gewicht (1996), aktuell Grad I (BMI 32.1 kg/qm) - Diabetes mellitus Typ II, gut eingestellt aktuell - Status nach proximaler Urolithiasis rechts pyelourethral, Status nach Pigtail-Kathetereinlage, ureterskopischer

Konkrementextraktion (2010) und Status nach ESWL - Hypovitaminose D mit oraler Substitution (ED 2014) - arterielle Hypertonie (ED Hospitalisation G. 2014) - Stamminuffizienz Vena

saphena magna rechts HACH III (ED 2017) und Stamminuffizienz Vena

saphena magna links HACH III bis IV, anamnestisch operative Sanierung beidseits (ED 2017) - Dünndarmsubileus ohne Obstruktionsnachweis und ohne Divertikulitis und Steatosis

hepatis (ED CT des Abdomens 21. März 2018) - Ulcus duodeni, anamnestisch (ED 20. Mai 2019) - Schlafapnoe-Symptomatik, Abklärung nicht erwünscht patientenseitig (ED Mai 2019) - Nikotinabusus - Glaucom - Sectio caesarea 1984, 1986, 1993 - Status nach abdominaler Hysterektomie - Status nach Tonsillektomie In der integrativen medizinischen Beurteilung wurde aus allgemein-internistischer Sicht ausgeführt, die subjektive Anstrengungsintoleranz lasse sich aufgrund der wenig differenzierten und schwer einzuordnenden Antworten nicht näher differenzieren. Jedenfalls bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten (S. 6). Aus neurologischer Sicht seien anspruchsvolle feinmotorische Tätigkeiten bei Karpaltunnelsyndrom nach Karpaldachspaltung zu vermeiden (z.B. feines Löten, kleine Schrauben). Abgesehen von dieser qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht sämtliche Tätigkeiten zu 100% zumutbar. Der Gesundheitszustand habe sich aus neurologischer Sicht seit der Verfügung vom 2. April 2015 nicht wesentlich verändert (S. 7 oben, S. 37 Ziff. 8). Aus rheumatologischer Sicht zeige sich ein chronisches multilokuläres

muskulos kelettales Schmerzsyndrom. Die aktenanamnestisch beschriebene cervikale Spinalkanaleinengung sei im Verlauf regredient gewesen. Eine von der aktuell behandelnden Rheumatologin diagnostizierte Coxarthrose beidseits könne aus aktueller rheumatologischer Sicht weder klinisch noch radiologisch bestätigt werden. Die von der Beschwerdeführerin geschilderte Schmerzausdehnung in die gesamte linke Körperhälfte und die Sensibilitätsstörungen in den Armen und Beinen seien mit den objektivierbaren pathologischen klinischen und radiologischen Befunden nicht erklärbar und würden als Symptomausweitung interpretiert. Aufgrund der sowohl klinisch wie radiologisch objektivierbaren, deutlich linksbetonten Schulterpathologie seien kraftanfordernde und/oder repetitive Arbeiten mit der linken oberen Extremität über Kopfhöhe (vor allem links) zu vermeiden. Die Wirbelsäulenbelastbarkeit sei aufgrund der bildgebend dokumentierten degenerativen Veränderungen eingeschränkt. Rückenbelastende Tätigkeiten mit Heben/Tragen grosser Lasten (Gewichtslimite vereinzelt 10 kg, repetitiv 5 kg), lang dauernde Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen sowie repetitive Wirbelsäulenflexionen/-extensionen/-torsionen seien zu vermeiden. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Gonalgien, Metatarsalgien und linksbetonten plantaren Fusschmerzen könnten klinisch nicht klar lokalisiert beziehungsweise zugeordnet werden und würden die Arbeitsfähigkeit höchstens marginal beeinflussen. Gesamthaft sei aus rheumatologischer Sicht mit den objektivierbaren pathologischen Befunden eine um 20 % geminderte Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne Rückenbelastungen und ohne kraftanfordernde und/oder über Kopfhöhe ausgeführte Arbeiten mit den oberen Extremitäten nachvollziehbar (S. 7). Aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms sei die Anbindung der Beschwerdeführerin an ein interdisziplinäres Schmerzzentrum zur ganzheitlichen Behandlung in Erwägung zu ziehen (S. 28 Ziff. 7.2). Aus psychiatrischer Sicht erfülle die Beschwerdeführerin die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung.

Als weitere psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine abhängige Persönlichkeitsstörung und eine sonstige Reaktion auf eine schwere Belastung zu diagnostizieren. Es würden sich psychosoziale Belastungsfaktoren identifizieren lassen, welche ein aussergewöhnliches und katastrophales Ausmass auf die subjektive Wahrnehmung der Beschwerdeführerin hätten (S. 8). Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung sei festgestellt worden, dass das angegebene Schmerzausmass sich weder im Ausdruck der Beschwerdeführerin noch im Verhalten (Bewegung auf dem Stuhl, die Notwendigkeit des Aufstehens über 90 Minuten hinweg) wider spiegelt habe. Zusätzlich habe sich eine Diskrepanz zwischen der angegebenen depressiven Symptomatik und der bestehenden Möglichkeit einkaufen, sich pflegen oder die Freundin besuchen zu können, ergeben. In der Beschreibung der depressiven Symptomatik sei die Beschwerdeführerin wenig konkret gewesen. Der Hauptfokus liege auf psychosozialen Belastungsfaktoren. Depressive Symptome seien erst beim Abfragen angegeben worden. Dabei hätten sich insbesondere bei der Erarbeitung des psychopathologischen Befundes überdurchschnittliche Leistungen im Kurzzeitgedächtnis sowie im Rahmen des Konzentrationsvermögens ergeben. Das Ausmass der Symptome werde wie schon bei den Schmerzen maximal schlecht angegeben. Dieses spiegle sich jedoch nicht in der Tagesstruktur wider (einkaufen, sich pflegen und Freundin besuchen können). Zusätzlich habe sie von Schmerzen « bis zehn » berichtet, jedoch bei der Abfrage der Medikamente bezüglich der Schmerzen nur gelegentliche starke Schmerzen angegeben, welche einmal

pro Woche oder einmal im Monat auftreten würden, was dann dazu führe, dass sie ein Schmerzmittel nehme (S. 49 f. Ziff. 3.2.13) .

Aufgrund der postulierten Persönlichkeitsakzentuierung seien die geschilderten Inkonsistenzen unter einer ausgeprägten Form der Symptomverdeutlichung im Rahmen der Persönlichkeitsstörung einzuordnen und nicht als nicht-authentische Beschwerdeschilderung zu werten (S. 53 Ziff. 7.3) .

Aus psychiatrischer Sicht liege eine 20%ige Minderung der Arbeitsfähigkeit in jeglichen beruflichen Tätigkeiten vor . Laut eigenen Angaben der Beschwerdeführerin sei es nach Suizidversuchen zu einer zweimaligen stationären psychiatrischen Behandlung gekommen . Eine längerfristige ambulante höherfrequente

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe jedoch nicht stattgefunden (S. 8). Aus interdisziplinärer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in körperlich leichter bis gelegentlich mittelschwerer, wechselbelastender Tätigkeit ohne Rückenbelastungen (kein Heben/Tragen von Lasten über 5 kg [repetitiv] bzw. über 10 kg [vereinzelt], keine langdauernden Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, keine repetitiven Wirbelsäulenflexionen/-Extensionen/-Torsionen) , ohne kraftanfordernde und/oder repetitive Tätigkeiten mit den oberen Extremitäten über Kopfhöhe sowie ohne anspruchsvolle feinmotorische manuelle Tätigkeiten (S. 11 Ziff. 4.8) . Eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 2. April 2015 bestehe aus interdisziplinärer Sicht nicht (S. 8) .

## **E. 5**

.1

Gestützt auf die medizinische Aktenlage ist ausgewiesen, dass sich die Befunde bezüglich somatischem Gesundheitszustand seit 1999 in objektivierbarer Weise verändert haben und ein Revisionsgrund vorliegt , was zwischen den Parteien unbestritten ist (vgl. Urk. 1 und 2) . Demzufolge ist der Rentenanspruch umfassend zu prüfen (vgl. E. 1.4). Dabei steht jedoch der Verwertbarkeit des Gutachtens nicht entgegen, dass die Fragestellung an die Gutachter betreffend den Vergleichszeitpunkt ( 2015 statt 1999) falsch war. Die durch das hiesige Gericht zu beurteilende Frage (vgl. E. 2.3), ob und inwiefern die Beschwerdeführerin aufgrund der mit Neuanmeldung vom Dezember 2016 (Urk. 10/129) geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden funktionell eingeschränkt ist, lässt sich gestützt auf die vorliegenden Akten, insbesondere auch auf das besagte Gutachten, welches den relevanten Zeitraum abdeckt ,

beantworten

(so auch die Beschwerdegegnerin, Urk. 2 S. 2 ) . Zusammen mit den echtzeitlichen medizinischen Berichten ist der vorliegende Sachverhalt genügend erstellt, weshalb sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3) weitere Abklärungen erübrigen.

### **E. 5.2**

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. E. 2.2) hat der rheumatologische Gutachter hergeleitet, dass sich die um 20 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aufgrund der chronischen Schmerzstörung und der Notwendigkeit vermehrter und über das betriebliche Mass hinausgehender Pausen begründet

(Urk. 10/186/7-8). Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung wurde die Arbeitsunfähigkeit auch unter Berücksichtigung der psychiatrischen Diagnosen auf nicht mehr als eine 20%ige Einschränkung zufolge eines erhöhten Pausenbedarfes eingeschätzt und beurteilt (Urk. 10/186/11 Ziff. 4.9). Sowohl aus der rheumatologischen als auch aus der psychiatrischen Beurteilung geht hervor, dass die chronifizierte Schmerzproblematik im Hinblick auf die quantitative Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

im Vordergrund steht, jedoch nicht ein derartiges Ausmass annimmt, dass Zweifel an der jeweils in den Teilgutachten wie auch interdisziplinär

attestierten 20%igen Arbeitsunfähigkeit aufkommen würden. So hielten die Gutachter fest, dass sich weder das Ausmass der Schmerzen noch jenes der depressiven Problematik im Verhalten während der Begutachtung oder auch im Zusammenhang mit der geschilderten Tagesstruktur widerspiegeln. Diese Inkonsistenzen wurden der Symptomverdeutlichung im Rahmen der Persönlichkeitsstörung zugeordnet (vgl. E. 4.6). Dass aus psychiatrischer Sicht eher ein geringer Leidensdruck herrscht, verdeutlichen die unregelmässigen und sporadischen (gar seltenen) Konsultationen bei ihrer behandelnden Psychologin (vgl. E. 4.3). Auch Dr. D.\_\_\_\_ legte dar, dass er der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer somatischen Befunde keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren könne (vgl. E. 4.2). Ganz anders dann die später behandelnde Dr. F.\_\_\_\_, welche der Beschwerdeführerin wegen ihrer Beschwerden im Bewegungssystem eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestierte (vgl. E. 4.5).

Dass die Beschwerdeführerin an degenerativen Beschwerden im Bewegungsapparat leidet, ist nicht in Frage zu stellen. Nicht überzeugend ist jedoch der Standpunkt von Dr. F.\_\_\_\_, dass diese Beschwerden respektive Befunde zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten führen sollen. Die Berichte der Behandler Dr. F.\_\_\_\_ und des bisherigen Hausarztes Dr. Z.\_\_\_\_ und deren nicht nachvollziehbar begründete Attestierung einer hohen Arbeitsunfähigkeit vermögen die Beurteilung im Gutachten der Y.\_\_\_\_

ebenfalls nicht in Frage zu stellen.

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen ist auf die Erfahrungssache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

### **E. 5.3**

Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen. Dass die somatisch objektivierbaren und aus rheumatologischer Sicht ausgewiesenen Befunde nicht zu einer Kumulation zur aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit führen

– oder umgekehrt –

und die gesamtgutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit bei 20 % blieb, ist im vorliegenden medizinischen Gesamtkontext nachvollziehbar.

Da das Gutachten der Y. \_\_\_ AG die praxisgemässen Kriterien an eine medizinische Entscheidungsgrundlage erfüllt (vgl. E. 1.6), ist darauf abzustellen. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht gestützt auf das besagte Gutachten eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit angenommen.

#### **E. 5.4**

Im Rahmen einer Indikatorenprüfung (BGE 141 V 281) wird eine im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Diagnose bescheinigte Arbeitsunfähigkeit validiert, weshalb daraus keine grössere als die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit resultieren kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_629/2019 vom 8. November 2019 mit Hinweis). Dementsprechend ist eine Indikatorenprüfung vorliegend entbehrlich, führt doch die 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht zu einem Rentenanspruch (vgl. nachstehend E. 6).

#### **E. 6.1.1**

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

#### **E. 6.1.2**

Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsausbildung absolviert und war bis 1998 an verschiedenen Orten als Hilfsmitarbeiterin angestellt (Urk. 10/1 Ziff. 6, Urk. 10/6-8, Urk. 10/215). Da sie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit in einer Hilfstätigkeit arbeiten würde, sind vorliegend das Valideneinkommen wie auch das Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn der LSE (Totalwert) zu bemessen, womit

sich deren genaue Ermittlung rechtsprechungsgemäss erübrigt; der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 8C\_365/2012 vom 30. Juli 2012 E. 7 mit Hinweis).

### **E. 6.2.1**

Zu prüfen bleibt damit, wie es sich mit dem von der Beschwerdeführerin angeführten Tabellenlohnabzug verhält (vgl. Urk. 1 S. 9 unten). Die Beschwerdegegnerin hat einen solchen mit der Begründung verneint, das Anforderungs- und Belastungsprofil rechtfertige auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keinen Abzug. Der vermehrte Pausenbedarf sei im reduzierten Pensum bereits berücksichtigt worden (Urk. 2 S. 2 unten).

### **E. 6.2.2**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen geschamft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6).

### **E. 6.2.3**

Die verminderte Leistungsfähigkeit und der erhöhte Pausenbedarf wurden von den Ärzten bereits im Rahmen der 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Die qualitativen Einschränkungen aus neurologischer (keine anspruchsvollen feinmotorischen manuellen Tätigkeiten) und rheumatologischer Sicht (kein repetitives Heben/ Tragen von Gewichten über 5 kg, vereinzelt jedoch bis 10 kg möglich, keine langandauernden Tätigkeiten in Wirbelsäulenzwangshaltung, vermeiden von repetitiver Wirbelsäulenflexion, -extension, -torsion, keine kraftanfordernden und/oder repetitiven Tätigkeiten mit den oberen Extremitäten über Kopfhöhe; vgl. E. 4.6) lassen nicht überwiegend wahrscheinlich darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Es ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.4.1). Ohnehin ist rechtsprechungsmässig der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere

Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leistungsbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen). Sodann rechtfertigt auch die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bei Hilfstätigkeiten im untersten Kompetenzniveau rechtsprechungsgemäss keinen Abzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_223/2020 vom 25. Mai 2020 E. 4.3.5 mit Hinweisen).

Da das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf und ein Abweichen grundsätzlich nur bei Unangemessenheit möglich ist (vgl. E. 6.2.2), ist mit der Vorinstanz kein Abzug angezeigt.

### **E. 6.3**

Nach dem Gesagten ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 20%. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig. Die Beschwerde ist abzuweisen.

### **E. 7**

00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bemessen.

#### **E. 7.1**

Die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind vorliegend erfüllt (vgl. Urk. 3/3, Urk. 6-8). Demzufolge ist der Beschwerde führerin antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

#### **E. 7.2**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig; die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

#### **E. 7.3**

Rechtsanwalt Tomas Kempf ist aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die Entschädigung ist ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache und der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen (§ 34 Abs. 1 und 3 GSVGer) und mit Fr. 2'--

#### **E. 7.4**

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Auslagen für die Vertretung verpflichtet ist, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 8. September 2021 wird der Beschwerdeführer in für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, wird mit Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

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

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

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

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