

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00068 vom 24. November 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00068

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00068 du 24 novembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00068 del 24 novembre 2022

Erwägungen

E. 1.1

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

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

E. 1.2

Im Entscheid des hiesigen Gerichts vom 7. Mai 2020 (Urk. 9/109) wurden die Bestimmungen über die gesetzlichen Bestimmungen zum Invaliditätsbegriff (Art 7 f. ATSG), die Grundsätze zur Rentenrevision (Art. 17 ATSG; BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen) sowie betreffend Funktion und Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten (BGE 143 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) zutreffend wiedergegeben, worauf verwiesen wird.

E. 1.3

Zu ergänzen ist, dass das Bundesgericht mit BGE 143 V 418 entschied, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (BGE 143 V 409 E. 4.5.3).

E. 2

Am 1. Februar 2022 erhob die Versicherte Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 21. Dezember 2021 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung sowie die Zusprache einer Invalidenrente (S.2 Ziff. 1 und 2). In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung (S. 2 Ziff. 4). Mit Beschwerdeantwort vom 17. März 2022 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was der Beschwerdeführerin am 4. April 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10).

Am 24. Mai 2022 (Urk. 11) holte das Gericht bei den Ärzten der Neurologie A.____ AG eine ergänzende Stellungnahme ein, welche diese am 22. Juni 2022 einreichten (Urk. 14). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 29. August 2022 auf Stellungnahme hierzu (Urk. 19) und die Beschwerdeführerin erstattete ihre am 22. September 2022 (Urk. 20). Darüber wurden die Parteien gegenseitig am 6. Oktober 2022 informiert (Urk. 21). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsabweisende Verfügung (Urk. 2) zusammengefasst damit, die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Verkaufsmitarbeiterin seit August 2018 zu 80 % arbeitsfähig. Die Einschränkung gründe auf psychischem und körperlichem Schmerzerleben. Die Beschwerdeführerin habe zwei behandelnde Ärzte angegeben, bei welchen Berichte eingeholt worden seien. Auch anlässlich der ausführlichen medizinischen Untersuchung habe sie Gelegenheit gehabt, sich über ihre gesundheitliche Situation zu äussern. Es lägen keine Diagnosen vor, die eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit begründeten, und es bestehe keine Veranlassung, nicht auf das polydisziplinäre Gutachten abzustellen (S. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein (Urk. 1), die Abklärungen der Beschwerdegegnerin seien ungenügend und das Gutachten der Neurologie A.____ AG sei in verschiedener Hinsicht mangelhaft. Es basiere auf einer unvollständigen Aktenlage, da den Gutachtern keine aktuellen Berichte der behandelnden Ärzte vorgelegen hätten (S. 6 Ziff. 14). Die Gutachter hätten sich nicht zu den teilweise erheblichen Abweichungen zwischen ihren und den Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt (S. 9 Ziff. 27). Indem sich die Beschwerdegegnerin im Einwandverfahren mit diesen monierten Punkten nicht auseinandergesetzt habe, habe sie das rechtliche Gehör verletzt (S. 9 Ziff. 28). Überdies habe sie keine Indikatorenprüfung vorgenommen (S. 7 Ziff. 20). Da die Beschwerdegegnerin nicht gewillt sei, für eine rechts genügende Abklärung des relevanten Sachverhaltes zu sorgen, sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (S. 8 Ziff. 22).

Zur ergänzenden Stellungnahme der Gutachter (Urk. 14) brachte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor (Urk. 20), der rheumatologische Gutachter habe vergleichend festgestellt, dass die seinerzeitige Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 50 % durch den RAD nicht nachvollziehbar sei, wobei er verkannt habe, dass die damalige Beurteilung nicht zur Diskussion stehe und nicht mehr abänderbar sei (S. 2 Mitte). Zum Bericht von Dr. G.____ habe er festgehalten, dass sich die Beurteilung mit seiner decke, was offensichtlich unrichtig sei, da Dr. G.____ eine Arbeitstätigkeit von 20 % als Köchin für ausgewiesen halte (S. 2 unten). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des behandelnden Psychiaters mit derjenigen des Gutachters divergierten erheblich. Dennoch habe der psychiatrische Gutachter nicht detailliert Stellung genommen zu den Gründen für seine abweichende Beurteilung (S. 3 oben).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letztmaligen materiellen Rentenprüfung, die mit der mit Urteil vom 4. September 2014 im Prozess Nr. IV.2013.00122 korrigierten Verfügung vom 18. Dezember 2012 (Urk. 9/44-52; Urk. 12/41) ihren Abschluss fand, verändert hat. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob durch die medizinischen Akten ein Revisionsgrund ausgewiesen ist.

E. 3.1

Gestützt auf die Berichte der B.____ Klinik sowie die Berichte der Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) über die internistische, orthopädisch/rheumatologische und psychiatrische Untersuchung kam das Gericht im Urteil vom 4. September 2014 (Urk. 9/60) zum Schluss, dass ab 1. Januar 2012 von einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten und in einer behinderungs-angepassten Tätigkeit auszugehen sei (E. 4.4).

E. 3.2.1

Die Ärzte der B.____ Klinik, Abteilung Rheumatologie, stellten mit Bericht vom 21. Dezember 2010 (Urk. 9/20/5-7) folgende Hauptdiagnosen (S. 1): - chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei - leichter Skoliose der Brustwirbelsäule (BWS) - Druckschmerz im Sternosakralgelenk - Status nach invasivem Mammakarzinom links - Lendenwirbelkörper (LWK)-2-Deckplatten-Einbruch, Erstdiagnose am 21. Dezember 2010 - chronisch intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom links betont - Differentialdiagnose: SAPHO-Syndrom Als Nebendiagnosen wurden genannt: - invasives myoepitales Mammakarzinom Dezember 2009 - Segmentektomie, onkoplastische Rekonstruktion - Status nach Chemotherapie und Radiotherapie - Status nach beidseitiger Ovarektomie 2003 und 2009 - Status nach abdominaler Myomektomie 1997 - Status nach Laparoskopie bei Endometriose 2001 - Status nach anamnestic Helicobacter pylori Eradikation 2010 Seit drei Jahren bestünden thorakolumbale Schmerzen in der Wirbelsäule mit zeitweiliger Ausstrahlung in den linken Arm. Die Beschwerdeführerin klagte zudem über Gesässschmerzen. Es zeige sich eine Haltungsanomalie bei muskulärer Insuffizienz sowie adipösem Habitus. Bei aktueller Bewegungsarmut werde Physiotherapie verordnet. Im Rahmen der MRI-Abklärung des Deckplatteneinbruchs ohne klinischen Druckschmerz werde ebenfalls die vordere Brustwand beurteilt, um ein SAPHO-Syndrom auszuschliessen (S. 2-3).

E. 3.2.2

Mit Bericht vom 14. Oktober 2011 (Urk. 9/24/5-6) gingen die Ärzte der B.____ Klinik bei ansonsten unveränderter Diagnose nicht mehr von einem chronischen thorakovertebralen, sondern von einem intermittierenden thorakolumbalen Schmerzsyndrom aus und diagnostizierten zusätzlich eine inzipiente Degeneration im medialen Kompartement des rechten Knies (S. 1). Nun stünden nach Angaben der Beschwerdeführerin Schmerzen mit Schwellungsgefühl in der vorderen Brustwand, Knieschmerzen beidseits und Plantarfaszien sowie Achillessehnen schmerzen im Vordergrund. Das anlässlich der letzten Konsultation verordnete MRI der vorderen Brustwand sei damals von der Beschwerdeführerin abgesagt worden. Zehn Monate nach der letzten Konsultation bestehe ein ähnliches Beschwerdebild, wobei die Klinik nicht mit der Anamnese und der dadurch subjektiven Arbeitsunfähigkeit korreliere. Die anamnestic Beschwerden seien

klinisch kaum fassbar. Man empfehle eine Ganzkörperskelettszintigraphie, wo für sich die Beschwerdeführerin nicht entscheiden könne. In ihrer angestammten Tätigkeit als

Reinigungskraft und Verkäuferin sei sie aktuell aus rheumatologischer Sicht zu 50 bis 100 % einsetzbar, wobei eine schrittweise Erhöhung und Wechselbelastung mit vermehrten Pausen zu empfehlen sei. Ob aus onkologischer oder psychiatrischer Sicht eine Beeinträchtigung bestehe, sei nicht beurteilbar. Da auf den Vorschlag einer kräftigenden Physiotherapie keine eindeutige Zusage der Beschwerdeführerin erfolgt sei, sei die Prognose der Wiedereingliederung moderat (S. 2).

E. 3.3.1

Am 11. September 2012 fand eine interdisziplinäre, orthopädisch/rheumatologische und psychiatrische Untersuchung durch die Ärzte des RAD statt.

E. 3.3.2

Mit Bericht vom 19. September 2012 (Urk. 9/32) stellte Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4): - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lenden- mehr als der Brustwirbelsäule - chronisches thorako -lumbales Schmerzsyndrom bei rechtskonvexer Skoliose und Status nach LWK-2-Deckplatteneinbruch und Osteochondrosen L4/5 Der Status nach invasivem Mammakarzinom mit Operation und Therapie wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Bei Verdacht auf eine Spondylarthritis mit peripherer Gelenkbeteiligung sei die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin noch in einem Pensum von etwa 50 % zumutbar. Übereinstimmend mit den Ärzten der B.____ Klinik könne aus rheumatologischer Sicht ab 1. Januar 2011 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, die schrittweise, beispielsweise mit 10 % mehr pro Monat, hätte gesteigert werden können. Bis Beginn des Jahres 2012 wäre somit eine Arbeitsfähigkeit von 70% erreichbar gewesen. Eine weitere Steigerung sei aufgrund der Dekonditionierung und des erhöhten Pausenbedarfs infolge der Müdigkeit und der Erschöpfung bis heute nicht realistisch, aber unter optimalen Bedingungen in Zukunft eventuell möglich. Als angepasst gelte eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastung über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulen-, Hüftgelenks- und Kniegelenks belastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten und ohne Nässe- und Kälteexposition (S. 4).

E. 3.3.3

Die allgemeinmedizinisch-internistische Untersuchung durch Dr. med. D.____, Fachärztin für Innere Medizin, ergab folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/33 S. 3 unten): - invasives Mammakarzinom mit Erstdiagnose im Dezember 2009 - Segmentektomie und onkoplastische Rekonstruktion - Status nach Chemotherapie und Radiotherapie bis Sommer 2011 Die Beschwerdeführerin berichte, bezüglich des Brustkrebses völlig beschwerdefrei zu sein (S. 1). Aufgrund dieser Erkrankung sei sie analog der Einschätzung durch Dr. E.____ ab 23. Dezember 2009 zu 100 %, ab 1. Juli 2010 zu 80 % und seit 1. Januar 2011 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Aufgrund der aktuellen Untersuchung sei von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer körperlich leichten Tätigkeit auszugehen, wobei ein stufenweiser Aufbau sinnvoll sei. Die bisherige Tätigkeit könne als angepasst gelten, sofern kein häufiges Heben, Tragen oder Transportieren von Lasten über 10 kg vorkomme (S. 4).

E. 3.3.4

Die psychiatrische Untersuchung durch Dr. med. Bernhard Hofacker, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ergab keine Diagnosen mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit. Bisher sei keine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert worden und aufgrund der aktuellen Exploration sei aus psychiatrischer Sicht bis auf weiteres von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Bericht vom 19. September 2012; Urk. 9/34 S. 7-8).

E. 4.1

Nachdem das Gericht in seinem Urteil vom 7. Mai 2020 die bis März 2019 ergangenen Berichte als zu wenig beweiskräftig beurteilt hatte (vgl. E. 5.3-5.4), ist auf eine erneute Wiedergabe zu verzichten.

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus den nachfolgenden medizinischen Berichten:

E. 4.2

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 20. Oktober 2020 (Urk. 9/127) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11) bei/mit - multifaktoriellen psychosozialen Belastungssituationen - hypochondrische Störung (F45.2) bei - Status nach Mammakarzinom links (Operation 2009) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) bei/mit - thorakovertebralem Schmerzsyndrom bei rechtskonvexer Skoliose - chronischem intermittierendem lumbovertebrogenem Schmerzsyndrom links betont - benignem Hypermobilitätssyndrom - Spondylarthrosen - Fibromyalgie

Die Beschwerdeführerin stehe seit November 2014 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (S. 2 Ziff. 1.2). Der klinische Verlauf habe sich als sehr wechselhaft gestaltet, es sei immer wieder zu deutlichen Zustandsverschlechterungen mit wiederholt depressiven Episoden und Angstsymptomatik gekommen. Die Zustandsverbesserungen seien bisher nie vollständig gewesen (keine Vollremission). Es habe sich eine anhaltende Depression mit leichten und mittelgradigen Episoden entwickelt. Die Corona-Pandemie habe Ende Mai/Juni 2020 zu einer Zustandsverschlechterung mit mittelgradiger depressiver Episode mit phobischen Komponenten und ausgeprägten Wasch- und Desinfektionsritualen sowie Zunahme der körperlichen Schmerzen geführt (S. 3 Ziff. 2.2). Es bestehe seit 19. November 2014 keine Arbeitsfähigkeit mehr (S. 2 Ziff. 1.3). Im Rahmen der aktuellen Therapie könnte die Beschwerdeführerin für eine behinderungsangepasste Tätigkeit in einer Kinderkrippe für 2mal wöchentlich 3-4 Stunden pro Tag gewonnen werden (S. 5 Ziff. 2.7).

E. 4.3

Dr. med. G.____, Leitender Arzt Sonographie/Rheumatologie an der B.____ Klinik, nannte im Bericht vom 26. November 2020 (Urk. 9/128/7-9) folgende, hier gekürzt wiedergegebene Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 2.5): - primäre Fibromyalgie gemäss Klassifikationskriterien 2010 - benignes Hypermobilitätssyndrom - depressive Episode mit Panikattacken

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Osteoporose (anamnestisch) sowie ein invasives myoepitheliales Mammakarzinom und ein ductales

Carcinoma in situ (DCIS) links (S. 2 Ziff. 2.6).

Sämtliche aktuellen Schmerzen könnten auf das bereits bekannte Fibromyalgie syndrom zurückgeführt werden. Diesbezüglich leide die Beschwerdeführerin unter Ein- und Durchschlafstörungen, Panikattacken sowie depressiven Episoden. Sie werde psychiatrisch behandelt und es sei ihr Jarsin verschrieben worden, was sie aber nur bei Bedarf eingenommen habe. Weiterhin wichtig sei das tägliche Spazieren von einer Stunde. Auch die Arbeit in der Kinderkrippe solle die Beschwerdeführerin unbedingt fortführen und nach Möglichkeit ausbauen. Von einer regelmässigen Beschäftigung würde sie bezüglich Fibromyalgie aus rheumatologischer Sicht nur profitieren (S. 2 Ziff. 2.4). Die Schmerzen an verschiedenen Stellen im Körper könnten sie bei verschiedenen Tätigkeiten einschränken.

E. 4.4.1

Am 2. Juni 2021 erstatteten Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. J.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, sowie med. pract. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das Gutachten der Neurologie A.____ AG (Urk. 9/139). In der Gesamtbeurteilung (Urk. 9/139/1-9) stellten sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.2.1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (F31.0; richtig: F33.0)

Ferner nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.2.2) - invasives Mammakarzinom und DCIS links (Therapie 2009-2012) - Asthma bronchiale, schwere Hyperaktivität 2009 - Status nach Beinvarizenoperation 2012 - chronisches Panvertebralsyndrom bei/mit - degenerativen Wirbelsäulen-Veränderungen - Lendenwirbelkörper(LWK)-2-Deckplatten-Einbruch (RX 21.12.2010) - Wirbelsäulen-Fehlstatik bei Fehlf orm/Fehlhaltung - konsekutivem myofaszialem Syndrom insbesondere nuchal - chronisches generalisiertes muskuloskelettales Schmerzsyndrom bei/mit - symptomatologisch primärem Fibromyalgiesyndrom; ACR-Kriterien 2020 erfüllt - Spreizfuss beidseits mit sekundärer Hallux -valgus-Deformität - Gonarthrose beidseits mit/bei: - Periarthropathia

genus - hypochondrische Störung (F45.2)

E. 4.4.2

Dr. I.____ (Urk. 9/139/10-25) berichtete, aus internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin gesund. Relevante Diagnosen lägen nicht vor. Es gebe weder aufgrund der Akten noch der Angaben der Beschwerdeführerin einen Hinweis auf einen die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Verlauf des 2009 diagnostizierten und bis 2012 behandelten Mammakarzinoms (S. 14 Mitte). Aus internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (S. 15 Mitte).

E. 4.4.3

Laut Dr. K.____ (Urk. 9/139/26-40) ergäben sich unter Berücksichtigung von Anamnese, Akten und neurologischer Untersuchung keine Hinweise auf neurologische Funktionseinschränkungen (S. 12 Mitte). In neurologischer Hinsicht bestehe in der ursprünglichen Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit (S. 13 Mitte).

E. 4.4.4

In psychiatrischer Hinsicht kam med. pract. L.____ zum Schluss (Urk. 9/139/ 41-62), nach Würdigung der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin, der erhobenen

Untersuchungsbefunde sowie der aktenkundigen Berichte ergebe sich, dass während der Jahre 1998 bis 1999 eine psychische Reaktionsbildung im Sinne einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion oder eine leichte depressive Episode vorhanden gewesen sein könnte. Ebenso sei als Reaktion auf die Karzinomerkrankung und die Behandlungsmassnahmen eine weitere psychische Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung oder einer leichten depressiven Episode im Jahre 2010 plausibel. Weiterhin bestehe seitdem eine hypochondrische Störung mit ausgeprägten Ängsten vor einer erneuten Krebserkrankung. Im Verlauf sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zunächst zu einer Remission depressiver Symptome gekommen, auch vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin die psychotherapeutische Behandlung nach kurzer Zeit sistiert habe. Im Jahre 2014 werde eine erneute depressive Dekompensation beschrieben, anamnestisch habe die Beschwerdeführerin ebenfalls ein erneutes Auftreten depressiver Symptome und eine Zunahme von Angstsymptomen vor dem Hintergrund, dass verschiedene Verwandte an Krebs erkrankt seien, beschrieben. Weiterhin sei eine eheliche Konfliktsituation im Verlauf plausibel. Vor diesem Hintergrund habe sich die Versicherte im Jahre 2014 erneut in psychiatrische Behandlung begeben, welche bis anhin fortgedauere. Im Jahr 2014 habe überwiegend wahrscheinlich retrospektiv eine leichte, zunächst eventuell auch mittelgradig ausgeprägte depressive Reaktionsbildung und im weiteren Verlauf eine anhaltend leichte depressive Symptomatik bei einem Persistieren hypochondrischer Symptome vorgelegen. Im Verlauf werde eine im Wesentlichen maximal leicht ausgeprägte depressive Symptomatik anhaltend aktenkundig nachvollziehbar beschrieben und könne auch im Rahmen der gutachterlichen Befunderhebung nachvollzogen werden. Plausibel sei auch ein Fortbestehen hypochondrischer Symptome in Bezug auf ein Karzinomrezidiv. Darüber hinaus berichte die Beschwerdeführerin eine multilokuläre Schmerzsymptomatik, aktenkundig werde auch eine relevante Schmerzbeeinträchtigung beschrieben. Vor dem Hintergrund der weiterbestehenden Angstsymptomatik und leichten depressiven Symptomatik sei eine psychische Reaktionsbildung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung plausibel und somit eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Symptomen diagnostizierbar (S. 17 Mitte).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund des nur geringen Beeinträchtigungsgrades medizinisch-theoretisch zu einer vollen Präsenz von 8.5 Stunden pro Tag fähig. Bedingt durch Einschränkungen, welche aus der Schmerzverarbeitungsstörung und der leichten depressiven Symptomatik resultierten, ermüde sie in gering ausgeprägter Weise schneller und habe einen höheren Regenerationsbedarf. Somit sei die Leistungsfähigkeit um 20 % eingeschränkt, womit in bisheriger Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zu attestieren sei (S. 20 Mitte). Die bisherige Tätigkeit im Verkauf sei ausreichend angepasst (S. 21 oben).

Das von der Beschwerdeführerin angegebene Beeinträchtigungsausmass sei nicht vollumfänglich nachvollziehbar. So lasse sich im Rahmen der Untersuchung eine allenfalls sehr geringe affektive Beeinträchtigung objektivieren. Bezogen auf den Affekt würden Diskrepanzen des Verhaltens im Rahmen der Untersuchungssituation und ausserhalb derselben deutlich in der Art, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchungssituation Einschränkungen der Modulation und Auslenkbarkeit zeige, ausserhalb dieser Situation aber sehr gut affektiv moduliert und auslenkbar sei und gelöst wirke. Überdies lasse das von ihr geschilderte Aktivitätsniveau keine Rückschlüsse auf eine ausgeprägte Funktionseinschränkung zu (S. 19 Ziff. 7.3).

E. 4.4.5

Dr. J. ___ (Urk. 9/139/63-85) kam zum Schluss, die objektivierbaren rheumatologischen Befunde vermöchten die von der Beschwerdeführerin geklagte ausgedehnte und subjektiv hochgradig invalidisierende muskuloskelettale Schmerzsymptomatik nur zu einem geringen Anteil zu erklären. Anamnestische, laborchemische oder klinische Befunde, welche auf eine systemisch-entzündliche rheumatologische Erkrankung hinwiesen, bestünden im Einklang mit der akten kundigen früheren rheumatologischen Berichterstattung auch im Rahmen der aktuellen gutachterlichen Untersuchung nicht. Auch fehlten anamnestische Angaben respektive klinische Befunde, die auf eine Komprimierung nervaler Strukturen hinweisen würden (S. 18 unten). Objektivieren liessen sich bei peripherer Hypermobilität im Wesentlichen eine global und segmental eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit bei deutlicher, teilweise fixierter Wirbelsäulenfehlstatik sowie eine Gonarthrose beidseits mit deutlicher Periarthropathie, im Weiteren eine Fuss- und Zehendeformität (S. 20 oben).

Die Beschwerdeführerin habe sich im Rahmen der aktuellen Begutachtung ausgesprochen symptomverdeutlichend und selbstlimitierend verhalten. Auch hätten gewisse Diskrepanzen bezüglich Bewegungsausmass und Mobilität festgestellt werden können. Der Beschwerdevortrag mit dem typischen Schmerzcharakter, den ubiquitär und diffus erlebten Schmerzen, den vegetativen Begleitsymptomen, der kaum noch modulierten Beschwerdeintensität und -dauer sowie der weitgehenden Therapieresistenz weise auf eine weitgehend nichtorganisch begründbare Schmerzentstehung hin. Lediglich als teilweise mitverursachend für die Beschwerden und Funktionseinschränkungen könnten die beschriebenen degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und deren Fehlstatik beurteilt werden (S. 20 Mitte).

Die Arbeitsfähigkeit in den bisherigen Tätigkeiten betrage medizinisch-theoretisch 100%. Diese entsprächen laut den Angaben der Beschwerdeführerin leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten mit geringen Anforderungen an die Mobilität. Somit überstiegen die tätigkeitsspezifischen Belastbarkeitsanforderungen die vorhanden muskuloskelettalen Ressourcen weder in qualitativer noch in quantitativer Hinsicht (S. 21 unten).

E. 4.4.6

Insgesamt (Urk. 9/139/1-9) kamen die Gutachter zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine 80%ige Arbeitsfähigkeit vorliege, wobei sie ein volles Pensum mit vermindertem Rendement bei Einhaltung des bisherigen Arbeitsprofils aus rheumatologischer Sicht leisten könnte (S. 6 Ziff. 4.7).

E. 4.5

Mit ergänzender Stellungnahme (Urk. 14) führten die Gutachter aus, dass der im RAD-Bericht (vgl. E. 3.3.2) geschilderte muskuloskelettale Gesundheitszustand decke sich, was die objektiven klinischen Befunde betreffe, weitgehend mit dem im Rahmen der rheumatologischen Teilbegutachtung erhobenen. Was die geklagten Symptome betreffe, könne im Verlauf von einer lokalisatorischen Beschwerdeausdehnung bis hin zum diagnostisch festgehaltenen chronischen generalisierten muskuloskelettalen Schmerzsyndrom ausgegangen werden. Da letzteres jedoch aus rheumatologischer Sicht bei Ausschluss einer zugrundeliegenden rheumatologischen Grunderkrankung nicht plausibilisierbar sei, könne dieses bezüglich Beurteilung von gesundheitlich bedingten funktionellen Einschränkungen nicht berücksichtigt werden. Die im RAD-Bericht festgehaltene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wonach diese in der bisherigen und

steigerbar auch in angepassten Tätigkeiten 50 % betragen soll, könne anhand der im Bericht festgehaltenen klinischen Befunde nicht nachvollzogen werden (S. 3 Mitte).

Dr. G.____ (vgl. E. 4.2) habe sich betreffend Arbeitsfähigkeit auf eine angestammte Tätigkeit als Köchin im 20%-Pensum bezogen und sei davon ausgegangen, dass diese Tätigkeit möglich sein sollte, und habe erwähnt, dass er bisher keine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Diese Beurteilung decke sich mit der gutachterlichen (S. 4 oben).

In psychiatrischer Hinsicht sei zusammenfassend für das Jahr 2014 eine erneute depressive Dekompensation beschrieben worden, wobei retrospektiv von einer leichten, zunächst eventuell auch mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik auszugehen sei, gutachterlicherseits basierend auf dem vorliegenden Aktenmaterial. Im weiteren Verlauf sei dann eine anhaltend leichte depressive Symptomatik plausibel, in deren Rahmen auch hypochondrische Symptome vorhanden gewesen seien und seien. Die aktenkundig postulierte Schmerzverarbeitungsstörung werde gutachterlicherseits ebenfalls bestätigt. Aus den aktenkundigen Berichten sei nicht ersichtlich, wann die Diagnosestellung bezogen auf die Schmerzverarbeitungsstörung genau erfolgt sei, erstmalig sei sie im Bericht des behandelnden Psychiaters vom Februar 2019 erwähnt worden, wobei aber auch vermerkt worden sei, dass die Versicherte seit November 2014 in Behandlung sei (S. 6 oben).

E. 5.1

Gestützt auf die Berichte der B.____ Klinik (E. 3.2) und des RAD (E. 3.3) sprach das Gericht der Beschwerdeführerin mit Urteil vom 4. September 2014 (Urk. 9/60) eine von Dezember 2010 bis März 2011 befristete ganze und eine von April 2011 bis März 2012 befristete halbe Invalidenrente zu mit der Begründung, es sei ab Januar 2012 von einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auszugehen. Nach der Neuansetzung vom 14. August 2018 (Urk. 9/69) wies das Gericht die Sache mit Urteil vom 7. Mai 2020 (Urk. 8/109) zur weiteren Abklärung und Neuentscheidung an die Beschwerdegegnerin zurück, was es zusammengefasst damit begründete, dass eine Veränderung des psychiatrischen Gesundheitszustandes seit Dezember 2012 (vgl. E. 2.3) überwiegend wahrscheinlich sei (E. 5.3). Allerdings könne aufgrund der Berichte von Dr. F.____ nicht schlüssig beurteilt werden, wie sich der veränderte Gesundheitszustand auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, weshalb ein Vergleich mit der Situation im Dezember 2012 aufgrund der Akten nicht möglich sei (E. 5.4). Bezüglich des somatischen Gesundheitszustandes stellte das Gericht fest, dieser habe sich seit Dezember 2012 nicht wesentlich verändert (E. 5.2).

Dementsprechend wies das Gericht die Sache zur Klärung, ob sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Dezember 2012 relevant, das heisst sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend, verändert hat, an die Beschwerdegegnerin zurück.

E. 5.2

Was die somatischen Beschwerden betrifft, lagen bei der Beschwerdeführerin im Dezember 2012 laut den Ärzten der B.____ Klinik (E. 3.2) und den RAD-Ärzten (E. 3.3) neben dem Status nach Mammakarzinom eine schmerzhafteste Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lenden- mehr als der Brustwirbelsäule bei chronischem thorako-lumbalen Schmerzsyndrom vor. Im Zeitpunkt der rentenverneinenden Verfügung vom 12. Juli 2019 (Urk. 9/100) wurden Spondylarthrosen, ein Hypermobilitätssyndrom, ein chronisch intermittierendes lumbovertebrogenes Schmerzsyndrom und ein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert (Urk. 9/109 E. 5.2). Aktuell wurden eine primäre

Fibromyalgie und ein benignes Hypermobilitätssyndrom (E. 4.3) genannt, welche sich auf die Arbeitsunfähigkeit auswirken. Gemäss den rheumatologischen Einschätzungen der Gutachter (E. 4.4.5) lasse sich bei peripherer Hypermobilität im Wesentlichen eine global und segmental eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit bei deutlicher, teilweise fixierter Wirbelsäulenfehl statik sowie eine Gonarthrose beidseits mit deutlicher Periarthropathie und eine Fuss- und Zehendeformität objektivieren. Der seinerzeit im RAD-Bericht (vgl. E. 3.3.2) beschriebene muskuloskelettale Gesundheitszustand decke sich, was die objektiven klinischen Befunde betreffe, weitgehend mit dem im Rahmen der rheumatologischen Teilbegutachtung (vgl. E. 4.4.5) erhobenen (E. 4.5), womit die Gutachter in somatischer Hinsicht von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen sind. Allerdings erachteten sie die im RAD-Bericht festgehaltene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der im Bericht festgehaltenen klinischen Befunde als nicht nachvollziehbar und attestierten eine vollständige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit.

Der psychiatrische Teilgutachter (E. 4.4.4) ging retrospektiv aufgrund der medizinischen Berichte des behandelnden Dr. F.____ (E. 4.1) davon aus, dass ab dem Jahr 2014 eine leichte, anfänglich eventuell auch mittelgradig ausgeprägte depressive Reaktion und im weiteren Verlauf eine anhaltend leichte depressive Symptomatik bei persistierender hypochondrischer Symptomatik vorgelegen habe. Im Verlauf sei eine im Wesentlichen maximal leicht ausgeprägte depressive Symptomatik nachvollziehbar beschrieben worden, was auch im Rahmen der Begutachtung habe nachvollzogen werden können. Als plausibel erachtete der psychiatrische Gutachter auch das Fortbestehen der hypochondrischen Symptome in Bezug auf ein Karzinomrezidiv. Die in den Akten postulierte erstmals im Bericht des behandelnden Psychiaters im Februar 2019 erwähnte Schmerzverarbeitungsstörung wurde aus gutachterlicher Sicht bestätigt, wobei aber darauf hingewiesen wurde, dass aus den Berichten nicht ersichtlich sei, wann diese Diagnose erstmals gestellt worden sei. Med. pract. L.____ kam zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Leistungsfähigkeit bei einem 100%igen Arbeitspensum gegeben sei.

E. 5.3.1

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).

Ob die Vorbringen der Beschwerdeführerin das Gutachten der Neurologie A.____ AG (E. 4.4-5) zu entkräften vermögen, ist im Folgenden zu prüfen.

E. 5.3.2

Die Beschwerdeführerin rügte zunächst, dass die Beschwerdegegnerin die von ihr angegebenen behandelnden Ärzte vor der Erteilung des Gutachtensauftrages nicht zur Berichterstattung eingeladen habe, weshalb ihr eine Verletzung des rechtlichen Gehörs sowie eine Verletzung der Untersuchungspflicht vorzuwerfen sei (Urk. 1 S. 7 Ziff. 18) und das Gutachten auf einer unvollständigen Grundlage fusse (Urk. 1 S. 8 Ziff. 25). Dem ist insofern zuzustimmen, dass die Beschwerdegegnerin lediglich einen ärztlichen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. F.____ (E. 4.2) und des behandelnden Rheumatologen Dr. G.____ (E. 4.3) eingeholt hat, die auf der undatierten Liste der Behandler seit Sommer 2019

aufgeführten Somatiker (eine Neurologin, ein Kardiologe sowie ein Rheumatologe; Urk. 9/118/1) sowie der in einem Schreiben erwähnte Hausarzt (Urk. 9/117) wurden indessen nach Lage der Akten nicht zur Berichterstattung eingeladen.

Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 5.1), ging das Gericht im Urteil vom 7. Mai 2020 davon aus, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit Dezember 2012 bis zum Zeitpunkt des Erlasses der damals angefochtenen Verfügung vom 12. Juli 2019 (Urk. 9/100) nicht verändert hat. Eine seit Juli 2019 hinzugetretene Gesundheitsschädigung oder seit Juli 2019 neu in Anspruch genommene Behandlung machte die Beschwerdeführerin weder im Einwandverfahren noch beschwerde weise explizit geltend, und sie unterliess es auch, dem Gericht entsprechende aktuelle Berichte einzureichen oder wenigstens als Beweisofferte zu nennen. Wäre die Beschwerdeführerin seit dem Urteil vom 7. Mai 2020 (Urk. 9/109) durch die genannten Fachärzte in Bezug auf Erkrankungen, die im polydisziplinären Gutachten nicht berücksichtigt worden sind, behandelt worden, wäre zu erwarten gewesen, dass sie spätestens im Beschwerdeverfahren darüber genaue Angaben gemacht hätte, zumal sie die Anordnung eines Gerichtsgutachtens beantragt hat (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 3). Es ist daher davon auszugehen, dass keine Erkrankungen oder relevante Krankheitsverläufe von den Gutachtern unberücksichtigt geblieben sind. Von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs und der Abklärungspflicht kann daher keine Rede sein.

E. 5.3.3

Die Beschwerdeführerin wirft den Gutachtern weiter vor, sie hätten sich nicht zu den teilweise erheblich abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte, sofern diese überhaupt vorgelegen hätten, geäußert. Insbesondere das psychiatrische Teilgutachten weiche erheblich sowohl in Bezug auf Diagnose als auch in Bezug auf die Beurteilung von den Einschätzungen des behandelnden Psychiaters ab (Urk. 1 S. 9 Ziff. 26 f.).

Was den somatischen Gesundheitszustand betrifft, kam das Gericht schon im Urteil vom 7. Mai 2020 zum Schluss, dass sich dieser bis zum massgeblichen Zeitpunkt im Juli 2019 nicht wesentlich verändert hat (vgl. E. 5.1). Gemäss Einschätzung der Gutachter hat sich der Gesundheitszustand auch seither nicht wesentlich verändert und es ist nicht einzusehen, inwiefern diese Einschätzung nicht zutreffen sollte. Insbesondere trifft - wie von der Beschwerdeführerin behauptet (Urk. 20 S. 2 unten) - nicht zu, dass diese in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit im Widerspruch zu derjenigen von Dr. G.____ (E. 4.3) steht, hielt dieser doch ausdrücklich fest, dass er keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt habe. Wohl erachtete er die aktuell ausgeübte Tätigkeit von 2mal wöchentlich 3-4 Stunden als zumutbar, indessen ist daraus nicht zu schliessen, dass er medizinisch-theoretisch nicht von einer höheren Leistungsfähigkeit ausging, zumal er die Steigerung der Tätigkeit empfahl. Der Beschwerdeführerin kann indessen insofern beigeplichtet werden, dass die Gutachter die Auswirkungen des unveränderten Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit anders einschätzten, indem sie der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, zu der sie auch die ursprünglich ausgeübten Tätigkeiten zählten, attestiert haben. Damit liegt lediglich eine unterschiedliche Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vor, welcher im revisionrechtlichen Kontext unbeachtlich bleibt (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen), weshalb in somatischer Hinsicht weiterhin von einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % in den angestammten und in behinderungsangepassten Tätigkeiten auszugehen ist (vgl. E. 5.1).

Der behandelnde Psychiater (E. 4.2) diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F. 33.11), eine hypochondrische Störung (F45.2) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und hielt fest, dass sich der klinische Verlauf als sehr wechselhaft gestaltet habe und es immer wieder zu deutlichen Zustandsverschlechterungen gekommen sei, und attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 2mal wöchentlich 3-4 Stunden pro Tag in einer Kinderkrippe im Rahmen der aktuellen Therapie. Der psychiatrische Teilgutachter (E. 4.4.4) diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), eine leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (F31.0) sowie eine sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende hypochondrische Störung (F45.2) und kam zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin durch die leichte depressive Symptomatik und die Schmerzsymptomatik in ihrer Funktionsfähigkeit leicht eingeschränkt sei, und attestierte eine Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster und angestammter Tätigkeit von 80 %.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass das psychiatrische Teilgutachten in der Diagnosestellung nicht deutlich von derjenigen des behandelnden Psychiaters abweicht, gehen doch sowohl der Gutachter als auch der Behandler von einer rezidivierenden depressiven Störung aus. Der behandelnde Psychiater charakterisierte diese als gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.11) und der Gutachter als leichte Episode (F33.0), wobei der Behandler im Verlauf von leichten und mittelgradigen Episoden sprach. Übereinstimmend diagnostizierten die Psychiater eine hypochondrische Störung (F45.2) sowie eine chronische Schmerzstörung (F45.41). Der psychiatrische Gutachter erachtete die vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen als im Einklang mit den von diesem geschilderten psychopathologischen Befunden und der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin, kam aber insgesamt zum Schluss, dass bezogen auf die Arbeitsfähigkeit und im privaten Bereich nur eine leichte Beeinträchtigung vorliege, wohingegen der behandelnde Psychiater trotz wechselhaftem klinischen Verlauf durchgehend von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit 19. November 2014 ausging und eine angepasste Tätigkeit für 2x pro Woche während 3-4 Stunden als zumutbar erachtete. Diese Einschätzung ist offensichtlich und insbesondere in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit nicht unabhängig von subjektiven Gesichtspunkten erfolgt, da sie von den gegenwärtigen Verhältnissen ausgeht. Darüber hinaus ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen auf die Erfahrungstatsache 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). Solche Aspekte sind wie dargelegt nicht ersichtlich.

E. 5.3.4

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den psychiatrischen Teilgutachter umfasst das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätze, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektiver Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb keine Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens aufkommen und demzufolge auf dieses abzustellen ist. Zu ergänzen bleibt, dass eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren lässt. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweiselastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Angesichts des doch erheblichen Anteils psychosozialer Einflüsse (gehäuftes Vorkommen von Krebserkrankungen in der Familie, Scheidung, finanzielle Situation; vgl. Urk. 9/139/57; Urk. 3), die auch Dr.

F. ___ im Rahmen der Diagnose erkannte (vgl. vorstehend E. 4.2), ist auch unter Berücksichtigung der zusätzlich vorhandenen chronischen Schmerzstörung nicht von einer invalidisierenden psychischen Krankheit auszugehen.

E. 5.3.5

Angesichts des Dargelegten kann der Beschwerdegegnerin keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorgeworfen werden, indem sie ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen sein soll (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 18). Es ist nicht ersichtlich, welche entscheiderelevanten neuen Aufschlüsse von weiteren medizinischen Erhebungen zu erwarten sind, weshalb keine Notwendigkeit für ergänzende Abklärungen besteht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). Da die Beschwerdegegnerin auf das beweiskräftige Gutachten abgestellt hat, genügt es, wenn dies in der Verfügung begründet wurde, ohne dass sie zu jedem einzelnen Vorbringen gegen das Gutachten Stellung nahm (vgl. Urk. 2), weshalb auch - wie von der Beschwerdeführerin behauptet (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 28) - keine Verletzung der Begründungspflicht vorliegt. Im Übrigen ging selbst die Beschwerdeführerin nicht von einer unheilbaren schweren

Verletzung des rechtlichen Gehörs aus, beantragte sie doch nicht die Aufhebung des Entscheids der Beschwerdeführerin aus formellen Gründen.

E. 6

Zusammenfassend ergibt sich somit, dass sich der medizinische Sachverhalt verglichen mit der medizinischen Situation im Referenzzeitpunkt (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4) dahingehend verändert hat, als dass die Beschwerdeführerin neu an einer psychischen Gesundheitsstörung leidet, welche zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % führt. Laut dem psychiatrischen Gutachter (E. 4.4.4) ermüdet die Beschwerdeführerin in gering ausgeprägter Weise schneller und hat einen höheren Regenerationsbedarf. Aufgrund einer Dekonditionierung und eines erhöhten Pausenbedarfs erachtete Dr. C.____ (E. 3.3.2) damals eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf über 70 % aus rheumatologischer Sicht als nicht realistisch. Da die somatische Situation unverändert ist und sowohl in somatischer und in psychiatrischer Hinsicht die Einschränkung auf einer schnelleren Ermüdbarkeit gründen, rechtfertigt es sich nicht, die jeweils attestierten Einschränkungen zu addieren, und es ist zugunsten der Beschwerdeführerin weiterhin von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen. Da aus den Akten eine Änderung der erwerblichen Situation nicht ersichtlich und eine solche auch nicht dargetan worden ist, liegt kein Revisionsgrund vor, weshalb die Beschwerdeführerin den Anspruch auf eine Invalidenrente im Ergebnis zu Recht verneint hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 7.1

Da die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

E. 7.2

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 800. festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzu erlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung indes einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

E. 7.3

Da die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vor Fällung des Entscheids trotz Aufforderung (vgl. Urk. 10) keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung nach § 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) nach Ermessen festzusetzen. Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 2'300. (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer, MWSt) beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220. zuzüglich MWSt als angemessen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuches vom 1. Februar 2022 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, als unentgeltliche Rechtsvertreterin 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.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, wird mit Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

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

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

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

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