

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00072 vom 13. März 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00072](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00072)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00072 du 13 mars 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00072 del 13 marzo 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1967, verfügt über keine Berufsausbildung und war auch nie erwerbstätig. Sie ist seit 1985 als Hausfrau tätig (Urk. 7/13/2 oben; Urk. 7/116; Urk. 7/115/6). Nach einer Operation an der rechten Schulter (Urk. 7/7/7) meldete sie sich im September 2020

#### **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. Die angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen der obgenannten Erlasse in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_83/2022 vom 29. Juni 2022 E. 3.1).

#### **E. 1.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung 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 Aufgabebereich 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).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung (bei Änderungen) beruht. Dabei ist unbeachtlich, ob der Rentenanspruch im Ergebnis bestätigt oder modifiziert

wurde. Dieser Grundsatz gilt auch für blosser Mitteilungen im Sinne von Art. 51 ATSG, mit welchen gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV ein unveränderter Rentenanspruch mitgeteilt wird. Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt - geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_162/2020 vom 16. September 2020 E. 4.1).

### **E. 1.3**

Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn - was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen) - ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_819/2017 vom 13. Februar 2017 E. 2.2). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhaltes (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

Die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs.

### **E. 1.4**

Nach ständiger Rechtsprechung kann das Gericht eine zunächst auf Art. 17 ATSG gestützte Rentenaufhebung oder -herabsetzung gegebenenfalls mit der (substantiierten) Begründung schützen, dass die ursprüngliche (bzw. die letzte auf einer umfassenden materiellen Prüfung beruhende, vgl. BGE 140 V 514, 133 V 108) Rentenverfügung oder Mitteilung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei (BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Auflage 2022, Rn 77 zu Art. 30).

### **E. 2**

und 6).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog, gestützt auf das Y.\_\_\_\_ - Gutachten bestehe im Haushalt keine Einschränkung mehr. Eine Verbesserung der Schulterbeschwerden ab November 2018 sei plausibel, da bei der als Referenzzeitpunkt geltenden Rentenzusage die erste und später die zweite Schulter operiert worden sei und danach noch Behandlungen durchgeführt worden seien. Zudem hätten sich in der Begutachtung verschiedene

Inkonsistenzen ergeben, welche die Gutachter zusammen mit der Rentenbegehrlichkeit als bewusstseinsnahe Ausgestaltung der Beschwerdesymptome gewertet hätten. Damit sei ein Revisionsgrund gegeben .

Ferner würden im Gutachten Schwächen in den bisherigen medizinischen Grundlagen aufgezeigt, weshalb eine Zustandsänderung schwer zu beurteilen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab der Ultraschalluntersuchung mit unauffälligem Befund ausgewiesen sei . Da mit dem Y.\_\_\_\_ -Gutachten erstmals überhaupt eine rechtsgenügende medizinische Grundlage für die Anspruchsprüfung vorliege, sei der angefochtene Entscheid andernfalls infolge Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes gestützt auf die substituierte Begründung der Wiedererwägung zu schützen (Urk.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin hielt indessen dafür, Referenzzeitpunkt sei der Beschluss vom 15. Januar 2018 ( Urk. 1 Ziff. 11) . Die Gutachter hätten eine volle Arbeitsfähigkeit indessen schon drei Monate nach den Schulteroperationen in den Jahren 2002 und 2007 postuliert und dementsprechend eine Veränderung des gesundheitlichen Zustandes klar verneint ( Urk. 1 Ziff. 13). Die Behauptung, die Schulterbeschwerden hätten

nun über zehn Jahre nach den Operationen infolge derselben gebessert, sei weder medizinisch abgestützt noch nachvollziehbar ( Urk. 1 Ziff. 15). Darüber hinaus hätten gemäss Hausarzt die zahlreichen Therapievorsuche der letzten drei Jahre keine Besserung gebracht und sei aufgrund der Schmerzen im Schultergürtel zusammen mit den Kopfschmerzen sowie deren Auswirkungen auf die Psyche von einer vollen Invalidität auszugehen ( Urk. 1 Ziff. 16). Im Übrigen würden die Gutachter davon ausgehen, dass sie schon immer und nicht neu mit der Schmerzbeschreibung übertrieben habe, so dass kein «neues Verhalten» im Sinne eines Revisionsgrundes vorliege ( Urk. 12 Ziff. 2). Schliesslich könne nach über 15 Jahren und vier Revisionen auch nicht von einem zweifellos unrichtigen Entscheid gesprochen werden. Die Rentenzusprache auf der Basis von Berichten der Behandler sei dabei nicht absolut ungewöhnlich ( Urk. 12 Ziff. 3).

### **E. 3.1**

Der

Konsensbeurteilung des Y.\_\_\_\_ -Gutachtens vom 18. März 2021 ist zu entnehmen, die Beschwerdeführerin gebe an, sie habe stärkste Schmerzen und könne weder eine Berufstätigkeit noch eine Haushaltstätigkeit ausüben, auch nicht leichtere Tätigkeiten. Grund dieser Einschränkungen seien Kopfschmerzen, Schmerzen beider Arme, aber auch Schmerzen sämtlicher übriger Gelenke des Körpers und sämtlicher übriger Körperabschnitte sowie Blasenprobleme. Die Klagen würden sich klinisch nicht

objektivieren lassen ( Urk. 7/115/

### **E. 3.2**

Nach einer Operation des rechten Schultergelenks am 11. Februar 2002 aufgrund eines Impingementsyndroms liege bei der aktuellen Untersuchung ein völlig unauffälliger Befund vor ( unauffällige Beweglichkeit, keine Impingement -Symptomatik ) . Eine sonographische Untersuchung am 27. November 2018 sei als unauffällig befunden worden. Im Bereich des linken Schultergelenks sei aufgrund chronischer Schmerzen am 26. September 2009 ebenfalls eine Operation im Sinne einer Arthroskopie und Kalkentfernung

durchgeführt worden. Eine MRI-Untersuchung des linken Schultergelenks am 14. Dezember 2007 habe degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette und Kapsel im Kapselring erbracht. Auch hier sei die sonographische Untersuchung am 27. November 2018 unauffällig gewesen. Im aktuellen klinischen Untersuchung

habe Kapsel eine Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks objektiviert werden können.

Im Dossier werde wie derkehrend über eine chronische Lumbalgie berichtet. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung hätten sich diesbezüglich keine Auffälligkeiten gezeigt. Die Beweglichkeit sei im Altersdurchschnitt als sehr günstig zu bewerten; die Beschwerdeführerin erreiche bei durchgestreckten Kniegelenken scheinbar mühelos mit den Fingerspitzen den Boden. Insgesamt hätten auch in der Vergangenheit sämtliche durchgeführten diagnostischen Massnahmen, die von der Beschwerdeführerin als stark angegebenen Beschwerden nicht objektivieren können. Eine rheumatoide Arthritis könne, wie im Bericht vom 12. Dezember 2018 (nach auch Röntgenuntersuchung der Hände und Füsse sowie Laboruntersuchungen, Urk. 7/11/36 unten) dargelegt, ausgeschlossen werden (Urk. 7/115/7).

Ergänzend kann auf den detaillierten klinischen Befund im orthopädischen Teilgutachten verwiesen werden (vgl. Urk. 7/115/30-33).

### **E. 3.3**

Gemäss Gesamtbeurteilung klagte die Beschwerdeführerin anlässlich der neurologischen Untersuchung im Kern über eine seit der Jugend bestehende Migräne. Sie sei in Behandlung im Universitätsspital Z.\_\_\_\_ und erhalte seit etwa drei Monaten monatliche Injektionen. Die Kopfschmerzen seien früher stets rechtsseitig lokalisiert gewesen, auch im Nacken und frontal beidseits. Diese seien zwei- bis fünfmal pro Woche vorhanden und erreichten eine Intensität von 10/10. Die Kopfschmerzen seien nicht mehr so häufig wie früher begleitet von Sehstörungen, Übelkeit und teils Erbrechen. Der Charakter sei dumpf, drückend und teils pochend. Nach einem erheblichen Übergebrauch von Schmerzmitteln und einem stationären Entzug, zuletzt im Jahr 2020, nehme sie aktuell nur noch Naproxen 500 mg ein, wenn die Kopfschmerzen sehr stark seien. Dies helfe allerdings kaum. Zur Prophylaxe nehme sie zudem Topiramat ein. Ferner sei ein Tumor der Hypophysen bekannt, der regelmässig kernspintomographisch kontrolliert werde. Diesbezügliche Beschwerden habe sie keine (ergänzend: MRI

vom Januar 2019, Urk. 7/100/41; Ausschluss Cushingsyndrom, Urk. 7/85/8).

Der klinisch neurologische Befund zeige im Hörnervbereich eine Verminderung des Hörvermögens für das rechte Ohr in der Flüstersprache. Der übrige Hörnervbefund stelle sich regelrecht dar. Manifeste oder latente Paresen lägen nicht vor. Die Reflextätigkeit stelle sich seitengleich mit lebhaftem Niveau normal dar. Hinweise auf eine Rückenmarksläsion ergäben sich keine. Bei der Überprüfung der Sensibilität sei ein normales Oberflächen- und Schmerzempfinden angegeben worden. Die Koordinativ-Funktionen hätten sich ebenfalls regelrecht dargestellt. In vegetativer Hinsicht ergäben sich keine Auffälligkeiten. Für die angegebene Harnentleerungsstörung finde sich keine neurologische Ursache; diese sei auch gynäkologisch nicht erklärbar. Es fänden sich keine nervalen Dehnungszeichen, weder zervikal noch lumbal (Urk. 7/115/8).

### **E. 3.4**

Die Beschwerdeführerin könne somit vollzeitlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ausüben. Nicht zumutbar seien überwiegende bzw. häufige Arbeiten über Kopf oder auf Leitern/Gerüsten. Dieser Einschätzung lägen die von ihr als invalidisierend berichteten Schmerzen der Schultergelenke zugrunde, die jedoch letztlich nicht zu objektivieren seien (Urk. 7/115/10 und 7/115/13). Hinsichtlich der Migräne sei unter konsequenter leitliniengerechter Fortführung der Kopfschmerztherapie nicht von einer dauerhaften Leistungsbeeinträchtigung auszugehen. Die Tätigkeit als Hausfrau sei nicht eingeschränkt (Urk. 7/115/9).

Im medizinisch-theoretischen Längsschnittverlauf sei dieses Belastungsprofil drei Monate nach der Operation des rechten Schultergelenks, d.h. ab dem 1. Mai 2002, und drei Monate nach der Operation des linken Schultergelenks, d.h. ab dem 1. Januar 2007, zugrunde zu legen

- mit Ausnahme der stationären Behandlung zum Schmerzmittelentzug vom 8. bis 20. Juli 2019. Die Befunde in den Berichten bis ins Jahr 2009 könnten retrospektiv nicht mehr bewertet werden, zumal keine vollumfängliche Untersuchung mit verwertbaren Angaben zu passiven/aktiven Bewegungsumfängen vorlägen und der Begriff frozen

shoulder nicht korrekt verwendet worden sei (Urk. 7/115/

### **E. 3.5**

Die Beschwerdeführerin schätze sich selbst als vollständig invalid und schwer krank ein. Ihr Ziel sei die Rentenzahlung. Es zeige sich eine sehr eingeschränkte Kooperationsbereitschaft bei der gutachterlichen Untersuchung trotz der professionellen Übersetzung durch eine Dolmetscherin. Nicht selten könne die Beschwerdeführerin die Fragen nicht beantworten (Urk. 7/115/10 unten).

Sie gebe so dann gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen an. Hier ergäben sich erhebliche Widersprüche, da signifikante Funktionseinschränkungen nicht zu objektivieren seien. Dass ein Leidensdruck bestehe, könne aufgrund der diffusen Angaben nicht nachvollzogen werden. Die Funktionsbeeinträchtigungen bzw. die Schmerzen würden nicht mit dem Schmerzverhalten im Untersuchungsstuhl, den ersichtlichen Spontanbewegungen (insbesondere der beiden Schultergelenke) und dem äusseren Erscheinungsbild (z.B. der Beschwellung beider Hände im Seitenvergleich) korrelieren. Die angegebenen Funktions- respektive Bewegungs einschränkungen der Schultergelenke würden nicht zur ersichtlichen Muskulatur und Trochanter

passen. Die Beschwerden seien in sich nicht konsistent, könnten weder nachvollzogen noch objektiviert werden. Die Funktion sämtlicher Gelenke sei ohne Einschränkung, die Muskulatur altersentsprechend. Die Wirbelsäulenmuskulatur sei unauffällig und gut entfaltet. Es bestünden keine neurologischen Auffälligkeiten, kein Wurzelreiz. In unbeobachteten Momenten bewege sich die Beschwerdeführerin völlig normal ohne Einschränkungen. Vier von fünf Waddell-Zeichen seien deutlich positiv als möglicher Hinweis für eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung der Beschwerdesymptomatik (Urk. 7/115/11). 4. 4.1

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). 4.2

Seitens der Beschwerdeführerin wurde die medizinische Würdigung im Gutachten an sich einzig unter Hinweis auf den Bericht des Hausarztes, med. pract. A. \_\_\_\_, vom 30. September 2021 bestritten (vgl. E. 2.2). Der Allgemeinpraktiker erörterte allerdings lediglich, welche Beschwerden ihm die Beschwerdeführerin bei ihren regelmässigen Besuchen geschildert hatte. Er nannte weder Befunde noch konkrete Funktionseinschränkungen, sondern führt einzig aus, dass in den letzten drei Jahren diverse fachärztliche Abklärungen sowie zahlreiche Therapieversuche ohne wesentliche Besserung der gesundheitlichen Situation durchgeführt worden seien. Daraus schloss er auf einen chronischen Verlauf und erachtete eine Teilinvalidität aufgrund der Schmerzen im Schultergürtelbereich als sicherlich gegeben; zusammen mit den Kopfschmerzen und deren Auswirkungen auf die Psyche und Kognition gehe er sogar von einer vollen Invalidität aus (vgl. Urk. 7/129). Diese Einschätzung entbehrt jeglicher Begründung und vermag die fachärztliche Beurteilung der Gutachter somit nicht in Zweifel zu ziehen. 4.3

#### 4.3.1

Wie im Gutachten erwähnt, erfolgten Ende 2018 Abklärungen in der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation der Klinik B. \_\_\_\_, nachdem die Beschwerdeführerin über seit längerer Zeit chronifizierte muskuloskeletale Beschwerden geklagt hatte, die in den letzten Monaten deutlich zugenommen hätten. Sie beschrieb Schmerzen vor allem im Bereich der Finger- und Zehengelenke, zuletzt auch im Bereich der Schultergelenke sowie der Wirbelsäule. Diese bestünden vor allem morgens, wobei dann auch eine Schwellung im Bereich der Hände und Zehen mit Morgensteifigkeit bestehe. Die ausgeprägten Schmerzen in der Schulterregion beidseits würden durch Bewegung und Belastung ausgelöst, seien aber auch in Ruhe stark störend. Der Nachtschlaf sei durch die Schmerzen stark beeinträchtigt. Physiotherapie habe eher zu einer Schmerzzunahme geführt. Bereits bei Berührung beschrieb

die Beschwerdeführerin eine ausgeprägte Schmerzempfindung im Bereich der Weichteile. Die Einnahme von Analgetika verneinte sie unter Hinweis auf einen Medikamentenentzug (vgl. Urk. 7/100/53). 4.3.2

In der klinischen

Untersuchung der Hände, Schultern und Wirbelsäule fanden sich damals

keine auffälligen Befunde. Ebenso wenig konnten in der Sonographie der Hände beidseits entzündliche Befunde erhoben werden (vgl. Urk. 15/100/54). Aufgrund zusätzlicher Untersuchungen konnte bei angegebener klarer morgendlicher Betonung ferner eine rheumatoide Arthritis als Ursache der Beschwerden praktisch ausgeschlossen werden. So war das Röntgenbild der Hände und Füsse unauffällig und der Rheumafaktor sowie das Anti-CCP waren negativ. Der leitende Arzt der Rheumatologie

hielt fest, dass er grundsätzlich von einer chronifizierten und generalisierten Schmerzerkrankung ausgehe; allerdings habe sich zweimal eine leichte Erhöhung der Entzündungsparameter für das CRP und die BSR gezeigt, sodass zusätzlich allenfalls eine polymyalgische Komponente vorliegen könnte. Infolgedessen empfahl er eine probatorische Behandlung mit Prednison, worunter die Schmerzen im Falle einer Polymyalgie rasch und sehr deutlich bessern müssten (vgl. Urk. 7/100/52).

Im Verlaufsbericht vom 22. Januar 2019 wurden die etwas diffusen Schmerzen im Schultergürtelbereich als unter Prednison deutlich gebessert angegeben. Die Entzündungsparameter in der Blutuntersuchung waren ebenfalls regredient. Der leitende Arzt der Rheumatologie schlussfolgerte, somit könne wahrscheinlich schon von einer Polymyalgia rheumatica ausgegangen werden. Es sei aber klar, dass gewisse Schmerzen persistieren würden (vgl. Urk. 7/100/42 f.).

Als momentan schwierig bezeichnete er die Situation im darauffolgenden Bericht vom 27.

Februar 2019. Nach Reduktion des Prednisons

hätten die Schmerzen in der Schulterregion wieder zugenommen und auch die Entzündungsparameter seien wieder leicht gestiegen. Bei der Beschwerdeführerin bestünde aber sicher auch ein langjähriges und chronifiziertes Schmerzsyndrom. Zudem bestünden Nebenwirkungen auf Prednison wie Gewichtszunahme. Er empfahl letztlich eine weitere Reduktion von Prednison und einen Versuch mit Methotrexat, wobei er diesen skeptisch sah (Urk. 7/100/38 f.). Gemäss Bericht zur Sprechstunde vom 2. Juli 2019 brachte der dreimonatige Versuch mit Methotrexat keine Besserung der generalisierten Schmerzen und wurde gestoppt. Ebenso sollte das Prednison wieder ausgeschlichen werden. Der Behandler fügte an, er denke, die Beschwerdeführerin werde im Rahmen der anstehenden stationären Rehabilitation wegen der Migräne auch bezüglich ihrer Schmerzen profitieren. Eine fixe Kontrolle bei ihm wurde nicht vereinbart (Urk. 7/100/30). 4.3.3

Nach einhelliger Aktenlage liegt somit keine rheumatoide Arthritis vor. Wie es sich mit der Polymyalgie rheumatica verhält – eine solche schloss die RAD-Ärztin entgegen den hier vor zitierten Berichten kategorisch aus (Urk. 7/118/4) – kann offen bleiben. Denn diese Diagnose spielt bezüglich des Schmerzgeschehens selbst nach Ansicht der behandelnden Ärzte nur eine untergeordnete Rolle, gehen diese doch unabhängig

der Polymyalgie rheumatica von einer langjährigen und chronifizierten Schmerzproblematik (Urk. 7/100/35), von einer chronifizierten und generalisierten Schmerzerkrankung (Urk. 7/100/52) aus. Die fragliche Polymyalgie rheumatica bedarf aktuell weder einer fixen Kontrolle noch einer anhaltenden Therapie

(ergänzend auch Urk. 7/100/29 oben: minime CRP-Erhöhung beim Klinikeintritt am 3. Juli 2019). Es ist somit nicht zu beanstanden, dass diese im Gutachten keine Berücksichtigung fand.

Nicht zu überzeugen vermag der Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 4. Januar 2008. Sie sprach sich für eine Fibromyalgie und gegen ein somatoformes Schmerzsyndrom aus mit der Begründung, die Beschwerdeführerin scheine doch nicht ganz uneinsichtig und nur auf ihre Schmerzen konzentriert. Die Diagnose stützt sie

ohne jegliche Plausibilitätsprüfung allein auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, die im klinischen Untersuchung unter Stöhnen durchwegs eine massiv eingeschränkte Beweglichkeit gezeigt und Druckdolenz angegeben hatte (Urk. 7/40/10). Es ist auf die im Y. \_\_\_ -Gutachten aufgezeigten Inkonsistenzen (vgl. E. 3.5) sowie den aktuell unauffälligen klinischen Befund hinzuweisen (vgl. E. 3.2). Eine Fibrose myalgie war denn auch in der rheumatologischen Abklärung Ende 2018 kein Thema; ebenso wenig ist eine diesbezügliche Behandlung dokumentiert. In Begründung und Ergebnis nicht schlüssig ist die Stellungnahme des RAD vom 20. Januar 2009 (Urk. 7/46). Dieser erwähnte die Diagnose, setzte sich damit jedoch nicht weiter auseinander, obschon es sich dabei um ein unklares Beschwerdebild handelt (vgl. etwa BGE 132 V 65) und der Diagnose auch kein Schweregrad inhärent ist. Zudem bestehen keine Anhaltspunkte, dass diese seiner Ansicht nach zu den «dargestellten» Änderungen des Gesundheitszustandes (bei auch gleichzeitiger Verneinung einer wesentlichen gesundheitlichen Verschlechterung) zählte (vgl. auch Urk. 7/56). Bei vorbekannten Schulterschmerzen beschrieb er denn auch nicht näher, der Einfluss welcher Schmerzen in der Hausabklärung zu eruieren war (Urk. 7/46/1 f.).

#### 4.3.4

Es ist zu ergänzen, dass die Schulterbeschwerden

links da vor zuletzt im Jahr 2009 abgeklärt worden waren. Im Bericht des Spitals D. \_\_\_ vom 9. Januar 2008 wurden Restbeschwerden nach arthroskopischer Kalkausräumung diagnostiziert und erörtert, im MRI habe sich keine Rotatorenmanschettenläsion, jedoch wie erwartet eine Degeneration der Supraspinatussehne gefunden. Die beschriebene SLAP-Läsion sei von fraglichem Krankheitswert (Urk. 7/40/8). Ergänzend ist dem MRI-Bericht vom 14. Dezember 2007 zu entnehmen, dass sich bildgebend auch eine diskrete Bursitis subacromialis mit feiner Flüssigkeitseinlagerung und Umgebungsödem gezeigt hatte, aber

kein Hinweis auf eine Sehnteilruptur oder harte Kriterien für ein Impingement bei einem Abstand zwischen 8 und 10 mm trotz Acromion Typ II bestanden hatten (vgl.

Urk. 7/40/7).

Als nicht fundiert erweist sich somit die in der darauffolgenden

Kontrolle vom 15.

Februar 2008

unter Mitwirkung eines zweiten Arztes gemachte Äusserung, die Beschwerden seien «möglicherweise» durch eine Partialruptur der Rotatorenmanschette mit gewisser Impingement-Komponente vereinbar, wobei eine konklusive klinische Untersuchung nicht möglich sei. Hierbei handelt es sich um eine blosser Mutmassung, welche auch keine therapeutischen Konsequenzen zeitigte: Die Beschwerdeführerin würde sich melden, falls sie sich für eine Infiltration im Subakromialraum entscheide. Wiederholt wurde, dass eine SLAP-Läsion, wie im MRI beschrieben, nicht eigentliche Ursache der Beschwerden sei (vgl. Urk. 7/40/5).

Für die geklagten Schulterschmerzen links fanden die Ärzte also nach der Kalkentfernung keine hinreichende Erklärung mehr, insbesondere keine Bildbefunde; die Beschwerden

fürten denn auch nicht zu einer höheren Rente. 4.3.5

Zu den Schulterbeschwerden rechts

ergibt sich aus dem Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2002, dass am 14. Februar und 15. Juni 2001 mittels Needling sowie am 11. Januar 2002 arthroskopisch (Operationsbericht,

Urk. 7/7/7 f.) Kalk reseziert wurde. Hierbei hätten alle Kalkreste entfernt werden können. Ferner habe man eine Neer-Plastik mit Abschleifen der Unterkante des Acromions ausgeführt. Es sei dann zu einer erheblichen Ankylose und frozen

shoulder gekommen. Die Beschwerdeführerin habe bereits beim Heben von leichten Gewichten Schmerzen. Sichtbar seien ein atrophischer Deltoideus sowie eine Atrophie von Supra- und Infraspinatusmuskel. Bereits bei einer Abduktion von 60° nach der Seite und nach vorne komme es zu schmerzhaften Ausweichreaktionen. Die Rotationen seien aus der Neutralstellung heraus bezüglich Aussenrotation aufgehoben, bezüglich Innenrotation auf die Hälfte reduziert. Im MRI habe sich einzig eine relative Enge subacromial im Defilée gezeigt. Supraspinatus und übrige Rotatorenmanschette seien indessen nicht stark verändert. Das Acromion sei vom Typ II nach Bigliani (zu den intraoperativen Befunden:

Urk.

7/7/7). Man könne eine Mobilisation der Schulter verbunden mit einem offenen erneuten subacromialen Débridement, inkl. Acromioplastik mit dem Meissel befürworten. Eine Garantie für eine Verbesserung gebe es aber nicht. Damit bleibe nur die Weiterführung der Physiotherapie. Manchmal sehe man nach längerem auch ein plötzliches Lösen der Ankylose. Unterstützt werden könne höchstens mit nicht-steroidalen Antirheumatika und allenfalls Miacalcic (Urk. 7/7/5). Weshalb unter den Diagnosen ohne zusätzliche Angaben weiterhin ein Impingement rechts aufgeführt wurde, obschon diese Problematik

mit der

Operation vom 11. Januar 2002 behoben wurde (Urk. 7/7), erschliesst sich nicht.

Bei den für die Berentung einzig abgeklärten Schulterbeschwerden rechts standen bei vernachlässigbaren Bildbefunden letztlich

die klinischen Befunde im Vordergrund. Für den Zeitraum bis 15. Januar 2018 fehlt es sodann nicht nur an fachärztlichen Verlaufsberichten zu diesem Leiden, sondern – wie im Gutachten moniert – überhaupt an einer hinreichend (dokumentierten) Untersuchung und Behandlung der rechten Schulter, die es erlauben würden, sich ein konkretes Bild über den weiteren Verlauf zu machen. Im Bericht vom 16. Februar 2007 etwa hielt der Hausarzt fest, Schulterschmerzen und Schulterbeweglichkeit hätten nicht wesentlich gebessert (Urk. 7/32/5), während Dr. C.\_\_\_\_ am 4. Januar 2008 die Beweglichkeit beider Schultern als eingeschränkt (rechts mehr als links) beschrieb, wobei die Beschwerdeführerin beidseits [neu] nicht über eine Abduktion von 130° komme; dabei nannte Dr. C.\_\_\_\_ allerdings ein wahrscheinliches

postthrombotisches Syndrom als Hauptproblem (beklagte Beinbeschwerden) und erwog als weitere Problemfelder eine Fibromyalgie, somatoforme Schmerzstörung, Hyperlordose, Adipositas, muskuläre Dysbalanc und Migräne (Urk. 7/40/10). 4.4

4.4.1

Aus den Vorakten ergibt des Weiteren , dass v om 3. bis 8. Juli 2019 ein stationärer Medikamentenentzug im Kantonsspital E.\_\_\_\_ durchgeführt

wurde . Anamnes tisch beklag t e die Beschwerdeführerin damals Migräne-Anfälle seit der Kindheit und gab an, nach dem letzten Kopfschmerzprogramm im Jahr 2016 ein Jahr beschwerdefrei gewesen zu sein (Auftreten der Beschwerden bis vor einem Jahr einmal monatlich ; Urk. 7/100/22) .

In der daran anschliessend en, bis 20. Juli 2019 dauernden Rehabilitation in der R ehaklinik F.\_\_\_\_

gab die Beschwerdeführerin unter anderem an, leichte Tätig keiten im Haushalt zu übernehmen. In den ersten eineinhalb Jahren nach dem letzten Medikamentenentzug habe sie wesentlich seltener Kopfschmerzen gehabt. Danach habe die Häufigkeit wieder schleichend zugenommen und sie habe

wieder häufige r Triptane eingenommen, weshalb man ihr zu einem erneuten Entzug geraten habe. Am Ende des Aufenthalts gab sie verminderte Kopfschmerzen an . Sie habe nach wie vor ausgeprägte Migräneattacken, dazwischen aber auch Phasen deutlich reduzierter Schmerzintensität. Es wurde angemerkt, dass es ihr gelungen sei, während des Aufenthalts gänzlich auf Kopfschmerzmedikamente zu verzichten ( Urk. 7/100/18 f.) . 4.4.2

Nachdem die Beschwerdeführerin i m Januar 2020 bei persistierender, unter Anal getika-Gabe dann aber bessernder Migränesymptomatik den Notfall des Spitals G.\_\_\_\_ auf gesuchte hatte ( Urk. 7/100/10 f.), zeigte sich g emäss Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2020 unter der ( Anfang 2020 eingeleiteten, Urk. 7/100/7 und 7/100/9 ) Langzeitprophylaxe mit Topiramamat

bei guter Verträglichkeit ein positiver Effekt . So reduzierte sich die Frequenz der Attacken mit stärkerer (unveränderter) Intensität auf ca. fünfmal pro Monat gegenüber zuvor achtmal pro Monat.

Die Beschwerdeführerin gab an, die se würden jeweils e in paar Stunden bis drei Tage dauern. Schmerzmittel nehme sie – ausser Aspegic ohne Effekt – keine ein. Die Ärzte erachteten das Ergebnis unter Berücksichtigung des Kopfschmerzkalenders als noch nicht zufriedenstellend. Man empfehle deswegen eine weitere Aufdosie rung von Topiramamat und bei ausbleibendem Therapieerfolg eine Langzeitprophy laxe mit CGRP-Antikörpern. Für eine solche seien die Kriterien (mindestens acht Migränetage pro Monate über die letzten drei Monate) derzeit allerdings nicht gegeben. Bei in der Vergangenheit entwickeltem Abhängigkeitssyndrom werde auf Wunsch der Beschwerdeführerin keine Akuttherapie mittels Triptane rezept iert (vgl. Urk. 7/100/4 und 7/100/6) . 4.4. 3

Demnach besserte n die Kopfbeschwerden nach dem Medikamentenentzug jeweils deutlich (zum ersten Medikamentenentzug auch

Urk. 7/85/5 f.) . Ebenso zeitigte die Langzeitprophylaxe bereits gute Erfolge . Dabei stehen noch intensivere Behandlungsmöglichkeiten offen , insbesondere auch im Fall einer Beschwerde zunahme. Wie vom Gutachter festgehalten, besteht aktuell somit kein Anlass, diesbezüglich von einer anhaltend relevanten Beeinträchtigung

bzw. einem invalidisierenden Leiden auszugehen. Es ist auch zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin ( bei weniger als acht Migränetagen pro Monat ) frei ist in der zeitlichen Einteilung der Hausarbeiten , zumal sie keine unaufschiebbaren Betreu

ungsaufgaben mehr wahrnimmt. 4.5 4.5.1

Schliesslich ist den medizinischen Akten zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin ein hochgradiger Verdacht auf eine Otosklerose rechts (Schalleitungsblock) besteht. Dabei wurde sie ausführlich über die Möglichkeit einer Operation und alternativ einer Hörgeräteversorgung aufgeklärt (vgl. Urk. 7/100/57; vgl. auch zur ohrenärztlichen Untersuchung im Jahr 2008, Urk. 7/40/6). Inwiefern sie durch die (eine) Behandlung zugängliche Hörminderung bei der Erledigung des Haushalts eingeschränkt sein könnte, ist nicht ersichtlich. 4.5.2

Gleiches gilt für die aktenkundig diagnostizierte Mischinkontinenz mit deutlich betonter OAB (overactive

bladder) wet Symptomatik (vgl. Urk. 7/100/15 ; ergänzend Urk. 7/40/12 f.). Auch durch diese Symptomatik ist im Rahmen der Betätigung im Aufgabenbereich zuhause mit uneingeschränktem Zugang zur Toilette keine nennenswerte Einschränkung erkennbar (vgl. auch RAD-Stellungnahme, Urk. 7/118/4) und wird im Übrigen auch nicht geltend gemacht.

5. 5.1

Zusammenfassend

wurde schon

im Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2002 ausdrücklich und zutreffend (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl., Bern 2002, S. 733) auf die Möglichkeit einer Spontanheilung der Schultersteife rechts hingewiesen. Während dieses Schulterleiden im Rahmen der Rentenrevisionen bis 15. Januar 2018 nicht mehr rechtskonform abgeklärt wurde (vgl. E. 4.3.5), belegt die ausführliche

gutachterliche Untersuchung aktuell einen unauffälligen klinischen Befund (vgl. E. 3.2). In den Akten finden sich keine ärztlich erhobenen Befunde, die dem widersprechen würden; solche werden auch von der Beschwerdeführerin nicht angeführt. Demnach ist eine gesundheitliche Besserung im Sinne eines materiellen Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG zu bejahen, wobei die ursprüngliche Rentenverfügung vom 4. September 2003 als Vergleichsbasis dient. 5.2

Es ist hervorzuheben, dass keiner der späteren Verwaltungsakte nach dem soeben Ausgeführten auf einer zureichenden medizinischen Grundlage basierte. In den neuen Unterlagen thematisierten neue oder veränderte Beschwerden wurden in den bisherigen Revisionsverfahren zudem

ignoriert (Kopfschmerzen / Migräne, etwa Urk. 7/32/5 und 7/34) oder führten zu einer neuen Haushaltsabklärung, obschon sie weder nachvollziehbar hergeleitet, noch fundiert abgeklärt oder gar plausibilisiert wurden (angebliche Ausweitung bzw. Änderung der Schmerzsymptomatik, vgl. E. 4.3.3). Bei der Beschlussfassung stellte die Invalidenversicherung letztlich ungeachtet aller medizinischer Unterlagen durchwegs auf die ursprünglichen Diagnosen, nämlich chronische Tendinitis calcarea beidseits rechts mehr als links und frozen

shoulder rechts ab (vgl. Urk. 7/14, 7/35, 7/54, 7/64 und 7/86).

In keiner der vorangegangenen Revisionen wurde letztlich eine nachvollziehbare medizinische Gesamtbeurteilung vorgenommen, die es erlauben würde, sich ein Bild vom

Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der jeweiligen Mitteilung des unveränderten Rentenanspruchs zu machen. Dies gilt insbesondere auch für die von der Beschwerdeführerin als Vergleichsbasis herangezogene Revision in den Jahren 2017/2018, in der die Schulterbeschwerden überhaupt nicht geprüft wurden (vgl. Urk. 7/85).

### 5.3

Ob die klinischen Befunde ursprünglich zu Recht einer frozen

shoulder zugeordnet wurden, was im Y.\_\_\_\_ - Gutachten ohne Begründung beanstandet wurde, ist belanglos. Aus versicherungsrechtlicher Sicht sind allein die Befunde und die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen, d.h. vorliegend die konkreten Auswirkungen auf die Betätigung im Aufgabenbereich, entscheidend (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_689/2021 vom 3. Februar 2022 E. 6.1). Soweit die Gutachter mit dieser Aussage bereits ohne Angabe von Gründen die ursprünglich erhobenen klinischen Befunde an sich bezweifelten, wofür insbesondere spricht, dass sie ihrer Arbeitsfähigkeitseinschätzung schon ab drei Monaten nach der jeweiligen Schulteroperation Gültigkeit einräumten, lässt sich dies jedenfalls nicht allein mit den in der aktuellen Begutachtung festgestellten Inkonsistenzen rechtfertigen. Hätte die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden und Einschränkungen bei der Rentenzusprechung indessen tatsächlich aggraviert, hätten die Ärzte infolgedessen eindeutig falsche medizinische Schlüsse gezogen (insbesondere eine nicht bestehende Bewegungseinschränkung attestiert) und hätte dies wiederum zu einer offensichtlich unrichtigen Berentung geführt, so läge – wie von ihr geltend gemacht – kein materieller Revisionsgrund vor, doch wäre ein Wiedererwägungsgrund im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATG gegeben.

### 5.4

Im Rahmen der somit durchzuführenden allseitigen Neuprüfung des Rentenanspruchs ist festzuhalten, dass sich in der Begutachtung neben dem unauffälligen Befund der rechten Schulter auch ein unauffälliger Befund der linken Schulter fand (ergänzend auch Untersuchung beim Klinikeintritt, Urk. 7/100/25 unten). Dabei wurden die diesbezüglich geklagten Beschwerden

im Vergleich zur Gegenseite ohnehin stets als geringer beschrieben, fand sich hierfür nach der Kalkulation eigentlich schon keine Erklärung mehr und ist bis zur rheumatologischen Abklärung im Jahr 2018 nichts Weiteres dokumentiert. Ausschlaggebende Bildbefunde, Laborwerte oder sonstwie

objektivierbare Befunde bestanden hinsichtlich der Schulterleiden unter Berücksichtigung der Vorakten zu keiner Zeit. Darüber hinaus wurden gutachterlich diverse Inkonsistenzen aufgezeigt. Anlass für weitere Abklärungen besteht somit nicht.

Die übrigen aktenkundigen Leiden (Reizblase, Hörminderung, Migräne) wirkten sich – wie in E. 4.4 und 4.5 erörtert – im Haushalt noch nie anspruchrelevant aus. Eine bei guter Behandelbarkeit höchstens vorübergehende Einschränkung lag möglicherweise im Rahmen der zusätzlichen Kopfschmerzen infolge eines Medikamentenübergebrauchs vor. Es sei angefügt, dass ein massgeblicher Schmerzmittelkonsum

zuletzt allein im Zusammenhang mit der Migräne und nicht etwa mit anderen körperlichen Beschwerden dokumentiert ist.

Es bleibt anzufügen, dass eine Adipositas die Haushaltsführung ebenfalls erschweren kann, aber keine zu Rentenleistungen

berechtigende Invalidität bewirkt, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht oder die Folge von solchen Schäden ist; und selbst in diesen Fällen muss belegt sein, dass das Übergewicht nicht durch Gewichtsabnahme bzw. eine therapeutische Behandlung der Ursache reduziert werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_506/2020 vom 10. März 2021 E. 5.3.2). Dafür bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte, zumal die Beschwerdeführerin nicht nur während der (kurzen) Einnahme von Prednison einen zu hohen BMI aufwies (etwa Urk. 7/40/9 f.) und vor der Begutachtung nach eigenen Angaben auch abgenommen hat (vgl. Urk. 7/115/28 Mitte).

Ebenso wenig stellt eine stark ausgeprägte und verfestigte subjektive Krankheitsüberzeugung mit entsprechendem dysfunktionalem Verhalten, Selbstlimitierung, sekundärem Krankheitsgewinn und (angehbarer) Dekonditionierung

einen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 7 Abs. 2 ATSG dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2.2 mit diversen Hinweisen).

Der Beschwerdeführerin ist dabei ein Ausdauer- und Krafttraining durchaus zumutbar (vgl. Urk. 7/100/18 Mitte und 7/115/29 oben). 5.5

Dem Y.\_\_\_\_-Gutachten ist für die Festlegung des künftigen Rentenanspruchs

voller Beweiswert zuzuerkennen. Es ist umfassend, nachvollziehbar und schlüssig;

abweichende medizinische Beurteilungen, denen Beweiswert beizumessen wäre, liegen nicht vor. Es bestehen überwiegend wahrscheinlich keine somatischen Leiden mehr, die geeignet wären, die Beschwerdeführerin in der Haushaltsführung derart einzuschränken, dass ein zu einer Rente berechtigender Mindestinvaliditätsgrad von 40% resultieren würde. Dies gilt bei völliger freier Einteilung der Arbeiten auch dann, wenn zu ihren Gunsten allein aufgrund ihrer Beschwerdeklagen berücksichtigt würde, dass sie nur gelegentlich Arbeiten über Kopf oder auf Leitern verrichten kann, keine Lasten über 15 kg heben/tragen sollte (vgl. E. 3.4) und allenfalls für einzelne Tätigkeiten mehr Zeit bzw. vermehrt Pausen benötigt.

Der Haushalt ist inzwischen auch nicht mehr fünf-, sondern nur noch zweiköpfig, wobei es dem Ehemann zuzumuten ist, der Beschwerdeführerin beim Tragen und Heben schwerer Gewichte behilflich zu sein.

Es sei angemerkt, dass nach Ansicht der Gutachter kein Anlass für eine psychiatrische Begutachtung besteht (vgl. Urk. 7/115/10). Aus den Akten ergeben sich denn auch keine Anhaltspunkte für eine auf ein psychisches Leiden gerichtete psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung oder die Empfehlung zu seiner solchen. Ebenso wenig sind

psychiatrische Symptome, wie etwa eine depressive Verstimmung oder Antriebsminderung dokumentiert. Allein die Tatsache, dass sich das Ausmass der geklagten Schmerzen nicht mit somatischen Befunden erklären lässt, bedingt angesichts der gutachterlich erörterten Inkonsistenzen keine Abklärung im Hinblick auf ein invalidisierendes psychosomatisches Leiden. 6.

Nach

dem vorstehend Ausgeführten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin mit dem angefochtenen Entscheid die bisherige halbe Rente der Beschwerdeführerin mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben hat. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7.

7.1

Da die Beschwerdeführerin seit 1. Oktober 2014 Sozialhilfe bezieht (vgl. Urk. 18), ist von Mittellosigkeit auszugehen. Ihr Begehren kann trotz Abweisung der Beschwerde nicht als von Prozessbeginn an als klar aussichtslos bezeichnet werden. Eine Rechtsschutzversicherung besteht gemäss ihren Angaben nicht (vgl. Urk. 1 Ziff. 18). Damit sind die Voraussetzungen nach § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt und der Beschwerdeführerin ist entsprechend ihrem Gesuch vom 1. Februar 2022 (Urk. 1 Ziff. 17) die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren sowie in der Person von Rechtsanwalt Bolzli ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. Dabei ist sie auf ihre Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen. 7.2

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Diese sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Überdies ist dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Entschädigung aus der Gerichtskasse auszurichten. Mangels Honorarnote ist die Entschädigung unter Beachtung von § 34 Abs. 3 GSVGer, des notwendigen Aufwands sowie des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- pro Stunde ermessensweise auf Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen (vgl. § 7 f. der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV

SVGer]). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 1. Februar 2022 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ihr in der Person von Rechtsanwalt Bolzli, Zürich, ein unentgeltlicher Rechtsvertreter 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 Peter Bolzli, Zürich 1, wird mit Fr. 2'400.-- (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 Peter Bolzli -  
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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Vogel Bonetti

#### **E. 6**

f. ).

Zu diagnostizieren seien chronische Schmerzen beider Schultergelenke sowie des gesamten Körpers , eine Migräne mit und ohne Aura sowie ein inzidentelles Hypophysenmikroadenom . Keine der Diagnosen beeinflusse die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 7/115/9).

#### **E. 10**

f. ) .

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