

# GR\_GERICHTE S 2019 104 vom 18. August 2020

GR Gerichte, 2020-08-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2019\\_104](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2019_104)

FR: GR\_GERICHTE S 2019 104 du 18 août 2020

IT: GR\_GERICHTE S 2019 104 del 18 agosto 2020

## Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

Die IV-Stelle liess sodann eine Abklärung beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Ostschweiz bei Dr. med. H. \_\_\_\_\_ sowie eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in den Kliniken Valens durchführen. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ stellte in seiner Abklärung vom 18. November 2015 eine belastungs- und bewegungsabhängige Funktionseinschränkung der

- 3 - rechten Schulter sowie eine vorzeitige Ermüdung des rechten Armes bei repetitiven und dauerhaften Einsätzen fest. Er diagnostizierte eine ACG- Arthrose rechts sowie eine beginnende ACG-Arthrose links bzw. ein beginnendes LWS-Syndrom mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Aus versicherungsmedizinischer Sicht regte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ eine Anpassung des bestehenden Arbeitsplatzes an, um A. \_\_\_\_\_ von Über- Kopf-Arbeiten, vom Heben und Tragen schwerer Lasten und von dauernder manueller Tätigkeit zu entlasten. Ansonsten sei sie seit der IV- Anmeldung im Januar 2015 für eine ganztägige, leichte bis mittelschwere Arbeit im Wechselrhythmus ohne vollen Einsatz des rechten Armes und bei erhöhtem Pausenbedarf von einer Stunde täglich arbeitsfähig. Dieselben Schlüsse leiten sich auch aus der EFL vom 3. November 2015 ab.

### E. 3.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c m.H.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E.3b, 118 V 286 E.1b, 112 V 30 E.1a m.H.). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf

Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb). Sodann kommt

- 11 - auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte ein vergleichbarer Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (siehe BGE 137 V 210 E.1.2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_839/2016 vom 12. April 2017 E.3.1 f.). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.3.2 und 4.4; Urteile des Bundesgerichtes 9C\_415/2017 vom 21. September 2017 E.3.2, 8C\_452/2016 vom 27. September 2016 E.4.2.2 f., 8C\_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.5; BGE 125 V 351 E.3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E.4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin diejenigen Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_317/2019 vom 30. September 2019 E.2.3, 8C\_379/2019 vom 21. August 2019 E.2.2, 8C\_229/2019 vom 5. Juli 2019 E.5.1 und 8C\_835/2018 vom 23. April 2019 E.3).

- 12 -

### **E. 3.2**

Das ABI-Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen, weshalb ihm Beweiskraft zukommt. Es beruht auf eigenen Untersuchungen und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden (vgl. insb. Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 175 S. 17 ff. und S. 27 ff.). Die Beurteilung erfolgte zudem in Kenntnis der medizinischen Vorakten bzw. den Angaben aus der beruflichen Eingliederung (vgl. Bg-act. 11 ff.) und die Schlussfolgerungen wurden gestützt auf die eigenen klinischen und bildgebenden Untersuchungen sowie der vorgenommenen Laboruntersuchung getroffen (vgl. insb. Bg-act. 175 S. 21 ff. und S. 30 ff.). Ferner ist es für die streitigen Belange umfassend.

### **E. 3.3**

Der psychiatrischer Teilgutachter, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Auf dieses

Beschwerdebild ist die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 anwendbar (BGE 143 V 409 und 418). Danach beurteilt sich die Frage, ob eine psychische Störung zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, welche auch rechtlich bedeutsam ist, in Nachachtung von Art. 7 Abs. 2 ATSG grundsätzlich immer auf der Grundlage eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_475/2019 vom 15. November 2019 E.4.2.2). Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren wurden wie folgt systematisiert (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3 ff.): • Kategorie "funktioneller Schweregrad" o Komplex "Gesundheitsschädigung" ■ Indikator "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde" ■ Indikator "Behandlungs- bzw. Eingliederungserfolg oder -resistenz" ■ Indikator "Komorbiditäten"

- 13 - o Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) o Komplex "Sozialer Kontext" (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren; Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfeldes) • Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) o Indikator "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" o Indikator "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck"

### E. 3.4

Dr. med. N.\_\_\_\_\_ orientierte sich in seinem Gutachten an den Standardindikatoren (vgl. Bg-act. 175 S. 21 ff.). Die Ausführungen zur der Beurteilung der medizinischen Situation sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Der Gutachter setzte sich denn auch mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte, einschliesslich jener von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, auseinander und zeigte auf, weshalb er eine andere Ansicht vertritt (vgl. Bg-act. 175 S. 21 f. und S. 23). So sei es gut möglich, dass während der Zeiten der erfolgten stationären Behandlungen eine schwerer ausgeprägte depressive Episode bestanden habe mit punktuell höhergradiger Arbeitsunfähigkeit. Frau Dr. K.\_\_\_\_\_, die seit 2016 die ambulante Behandlung durchführe, attestiere aber eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sie habe indes auch eine depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, angegeben, schliesslich dann 2017, als die stationäre Behandlung in der Klinik M.\_\_\_\_\_ erfolgt sei, eine gegenwärtige schwere Episode ohne psychotische Symptome bei einer rezidivierenden depressiven Störung, neben einer Agoraphobie mit Panikstörung und einer anankastischen Persönlichkeitsstruktur. 2018 sei aber anlässlich der erneuten Hospitalisation in der Klinik M.\_\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Episode bei ansonsten unveränderten psychischen Diagnosen diagnostiziert worden. 2017 habe Frau Dr. K.\_\_\_\_\_ einen stationären Zustand angegeben und neben der rezidivierenden depressiven Störung

- 14 - eine anankastische Persönlichkeitsakzentuierung mit weiterhin attestierter voller Arbeitsunfähigkeit erwähnt. Sie habe auch auf das Belastungstraining hingewiesen und dazu festgehalten, dass Arbeitsversuche nicht über 30 % hätten gesteigert werden können. Dem hält Dr. med. N.\_\_\_\_\_ entgegen, es bestehe eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, was nicht nur krankheitsbedingt sei. Mit Blick auf die Persönlichkeitsakzentuierung hält er angesichts der Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Recht fest, eine solche sei keine Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert; vielmehr handelt es sich dabei als Z-Kodierung nicht um eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_542/2019 vom 12. November 2019 E.3.2 m.H.). Die depressive Episode stufte Dr. med. N.\_\_\_\_\_ in Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 als leicht ausgeprägt ein,

gekennzeichnet durch eine depressive Verstimmung mit verminderter Freude, erhöhter Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und einen verminderten Selbstwert mit Insuffizienzgedanken. Diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung. Zudem bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit der Überzeugung, nun nur noch zu 30 % wie bisher arbeiten zu können, mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne und die sich nur auf eine Somatisierung im Rahmen der Depression zurückführen lasse. Die vorliegenden psychischen Störungen hätten sich nach dem Unfallereignis entwickelt. Dieses zusammen mit der erwarteten, bisher aber nicht eingetroffenen Beschwerdefreiheit hätten psychisch zur Verunsicherung und Enttäuschung geführt. Es könnten lebensgeschichtliche Enttäuschungen und Belastungen reaktiviert werden, welche eine deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken

- 15 - (wiederholt erlebte häusliche Gewalt seitens des brutalen Vaters sowie seitens des Ex-Ehemannes). Als das Geld nicht ausgereicht habe, sei sie bereits damals finanziell vom Sozialamt abhängig geworden. Jetzt sei sie wiederum finanziell auf die Sozialhilfe angewiesen, da sie nur noch zu 30 % als Reinigerin arbeite. Die Beschwerdeführerin besitze aber einen regulären Berufsabschluss und habe mehrere Jahre gerne gearbeitet. Sie habe jetzt auch einen Freund und sonst gute Kontakte in ihrem Umfeld, wenn vielleicht auch nicht so viele. Diese sonst wenig auffällige Sozialisation mit früher an sich voller Leistungsfähigkeit während mehrerer Jahre spreche gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Die Beschwerdeführerin habe im psychischen Untersuchungsgespräch zwar auch Ängste unter vielen Menschen angegeben, v.a. wenn diese ihr entgegenkommen würden. Sie gehe aber doch auch in Einkaufsläden, wenn auch nur, wenn es nicht viele Menschen habe. Obwohl es für sie nicht einfach gewesen sei unter den vielen Menschen am Bahnhof, habe sie allein mit dem Zug zur Untersuchung nach Basel reisen können. Diese Ängste seien im Rahmen der Depression zu sehen. Eine zusätzliche Agoraphobie könne nicht diagnostiziert werden (vgl. Bg-act. 175 S. 23 und S. 21 f.). Zudem wies der psychische Teilgutachter darauf hin, dass nicht nur das Belastungstraining, sondern auch die täglichen Aktivitäten, welche der Beschwerdeführerin noch möglich seien, in Betracht gezogen würden. Diese liessen keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit zu. Die Beschwerdeführerin leide nicht unter Konzentrationsstörungen und sei nicht akut suizidal, auch wenn sie vielleicht manchmal auch unter einem Lebensüberdruß leide. Sie habe gute Kontakte in ihrem Umfeld, wenn auch nicht viele. Sie strukturiere ihren Tagesablauf selbst, habe auch ein Hobby (Airbrush) und einen Freund (vgl. Bg-act. 175 S. 23). Überdies wies Dr. med. N.\_\_\_\_\_ den Berufsabschluss der Beschwerdeführerin sowie deren mehrjährige Berufserfahrung als Ressource aus. Auch gehe sie ihrer

- 16 - Arbeit als Reinigerin regelmässig nach und erledige ihren Haushalt selber, wenn auch mit vermehrten Pausen. Sie habe Kontakte zu ihren beiden erwachsenen Kindern, zur Mutter und zu den Schwestern. Als Belastung führte Dr. med. N.\_\_\_\_\_ eine chronische somatische Beschwerdeproblematik mit Schmerzen, welche bis heute trotz Behandlung nicht hätten gebessert werden können, fest. Es bestünden lebenslängliche Enttäuschungen, die reaktiviert werden könnten, und eine angespannte finanzielle Situation mit einer Abhängigkeit von der Sozialhilfe (Bg-act. 175 S. 23). Gestützt darauf wies der psychiatrische Teilgutachter nachvollziehbar und – entgegen der Auffassung der

Beschwerdeführerin – in Berücksichtigung ihres Status als Sozialhilfeempfängerin eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit aus.

### **E. 3.5**

Wenn nun Dr. med. K.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin aufgrund der auch nach dem stationären Aufenthalt im März 2018 fortbestehenden depressiven Symptomatik zunächst zu 100 % (vgl. Stellungnahme vom 19. Juni 2019 [Bf-act. 1]), sodann zu 70 % arbeitsunfähig erachtete (vgl. ärztliches Zeugnis vom 11. September 2019 [Bf-act. 2] und ärztliche Bescheinigung vom 9. Oktober 2019 [Bf-act. 4]), ist der sich darauf abstützenden Beschwerdeführerin entgegenzuhalten, dass ärztliche Beurteilungen, insbesondere in psychischer Hinsicht, von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenzüge aufweisen, die es zu respektieren gilt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_851/2018 vom 23. Mai 2019 E.4.2.2 m.H.). Nur weil eine behandelnde Ärztin zu einer anderen Einschätzung gelangt bzw. an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhält, ist es rechtsprechungsgemäss nicht geboten, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ brachte in ihren Stellungnahmen denn auch nichts vor, was in bei der interdisziplinären Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sein soll (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_379/2019 vom 21. August 2019 E.2.2). So wurde

- 17 - insbesondere in diagnostischer Hinsicht die von ihr in ihrer Einschätzung vom 19. Juni 2019 hervorgehobene depressive Symptomatik einlässlich durch den psychiatrischen ABI-Teilgutachter auch anhand des von ihm erhobenen psychiatrischen Untersuchungsbefundes (Bg-act. 175 S. 20 f.) gewürdigt (vgl. Bg-act. 175 S. 21 und S. 23). Insofern kann Dr. med. K.\_\_\_\_\_ nicht gefolgt werden, wenn sie in ihrer Stellungnahme geltend macht, eine Steigerung des Arbeitspensums auf über 30 % sei aufgrund der leichten depressiven Symptomatik nicht möglich (Bf-act. 1; vgl. auch Bf-act. 4). Überdies wies der rheumatologischen ABI-Teilgutachter, Dr. med. O.\_\_\_\_\_, mit dem chronischen zervikospondylogenen Schmerzsyndrom, dem bilateralen Schulterimpingementsyndrom und dem chronischen rezidivierenden lumbospondylogenen Schmerzsyndrom gar Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus, welche über jene, die von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ gestellt wurden (vgl. Bericht vom 4. Februar 2015 [Bg-act. 21] oder jener vom 1. September 2016 [Bg-act. 82]), hinausgingen (vgl. Bg-act. 175 S. 30).

### **E. 3.6**

Aus dem Umstand, dass während der Eingliederungsmassnahmen das Pensum nicht auf – wie geplant – 50 % gesteigert werden konnte, vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Abgesehen davon, dass sich die ABI-Gutachter in Kenntnis der beruflichen Massnahmen ausdrücklich mit den durchgeführten Arbeits- und Belastungstrainings auseinandergesetzt haben, wiesen sie in diesem Zusammenhang auf eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung hin, welche nicht nur krankheitsbedingt sei (Bg-act. 175 S. 22 f.). Diese leiteten sie aus dem Umstand ab, dass sich die Beschwerdeführerin nur wie bisher zu 30 % als Reinigerin arbeitsfähig fühle (Bg-act. 175 S. 22). Aus den Akten ergibt sich des Weiteren, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem ersten Arbeitsversuch bei der I.\_\_\_\_\_ GmbH wenig begeistert war, im Verkauf in einer Bäckerei tätig zu sein (vgl. Verlaufsprotokoll, Einträge vom 11. Mai 2016 und 19. Mai 2016 [Bg-act. 71

- 18 - S. 10 f.]). Ausserdem lehnte sie es ab, in diesem Rahmen im Service zu arbeiten (vgl. Verlaufsprotokoll, Eintrag v. 26.7.16 [Bg-act. 85 S. 1]), da sie im Kundenkontakt blockiert sei (vgl. Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 11. August 2016 [Bg-act. 85 S. 2]). Letztlich habe die Doppelbelastung mit einer Tätigkeit im angestammten Beruf in der B.\_\_\_\_\_ und dem Arbeitstraining zu einer Überforderung und zu einer Depression geführt, die sich nach der Kündigung durch die B.\_\_\_\_\_ verschärft habe (vgl. Austrittsbericht Klinik M.\_\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2017 [Bg-act. 131 S. 2]). Ausserdem wurden anlässlich eines "Round-Table"-Gesprächs mit der Beschwerdeführerin als weitere Ursachen Ängste betreffend Arbeitsplatzverlust, eine allgemeine Orientierungslosigkeit sowie das stressige Arbeitsumfeld während des Arbeitstrainings benannt (vgl. Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 25. August 2016 [Bg-act. 85 S. 3]). Im Allgemeinen merkte der Jobcoach der Beschwerdeführerin an, die Zusammenarbeit mit ihr habe sich als schwierig erwiesen, da sie es unterlassen habe, ihm ihr Befinden mitzuteilen, ein Schmerztagebuch zu führen und die Arbeitspläne mit ihm zu besprechen (vgl. Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 30. August 2016 [Bg-act. 85 S. 4]). Auch im weiteren Verlauf der beruflichen Eingliederung wurde festgestellt, dass sich die Beschwerdeführerin an ihre angestammte Tätigkeit klammere und dabei selbst angab, dass sie sich nichts anderes vorstellen könne (vgl. Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 20. Dezember 2016 [Bg-act. 96 S. 8]). Als sie letztlich im Rahmen des Belastbarkeitstrainings bei der L.\_\_\_\_\_ im Bereich der Küche realisiert habe, dass fast keine Arbeit mehr ausführbar sei, sei die Beschwerdeführerin immer mehr ins Grübeln geraten und es hätten sich Ängste bemerkbar gemacht, was neben dem Geschwätz und dem Lärm in der Küche zu einer Abnahme in der Belastbarkeit geführt und keine Erhöhung der Präsenzzeiten mehr zugelassen habe (vgl. Schlussbericht zur Integrationsmassnahme in der L.\_\_\_\_\_ vom 10. April 2018 [Bg-act. 146 S. 2] vgl. auch Bericht Klinik M.\_\_\_\_\_ vom 16. April 2018 [Bg-act. 153 S. 4]). Schliesslich spielten auch psychosoziale

- 19 - Belastungsfaktoren eine Rolle, indem die seitens der Arbeitgeberin (der B.\_\_\_\_\_) ausgesprochene Kündigung per Ende August 2017 die Beschwerdeführerin derart destabilisiert habe, dass sie zunehmend depressiv geworden und unter Versagens- und Minderwertigkeitsgefühlen gelitten habe, was zum Unterbruch der beruflichen Massnahme im L.\_\_\_\_\_ und zum stationären Aufenthalt in der Klinik M.\_\_\_\_\_ geführt hatte (vgl. Austrittsbericht Klinik M.\_\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2017 [Bg-act. 131 S. 2]). Eine solche soziale Belastung mit direkten negativen funktionellen Folgen ist jedoch rechtsprechungsgemäss auszuklammern (BGE 143 V 409 E.4.5.2 und Urteil des Bundesgerichts 9C\_436/2019 vom 25. September 2019 E.4.2.4).

### **E. 3.7**

Vor diesem Hintergrund ist die bloss pauschale Kritik vom Hausarzt, Dr. med. C.\_\_\_\_\_, in seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2019, wonach seiner Ansicht nach eine Erhöhung des Arbeitspensums bzw. der Arbeitsbelastung als gesundheitsgefährdend einzustufen sei, wenig aussagekräftig und vermag nichts an der Einschätzung im ABI-Gutachten zu ändern. Insbesondere zeigt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ dabei keine Aspekte auf, welche unberücksichtigt geblieben sein sollen (vgl. Bf-act. 3). Ebenso wenig vermag das Vorbringen von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 9. Oktober 2019 zu überzeugen, wonach berufliche Massnahmen, welche die Beschwerdeführerin sehr begrüsst hätte, von der IV-Stelle mit der Begründung abgewiesen worden seien, der Markt sei ausgetrocknet (Bf-act. 4). In diesem Zusammenhang bringt die Beschwerdegegnerin zu Recht vor, die beruflichen Massnahmen seien abgeschlossen worden, nachdem die Beschwerdeführerin solche als nicht realistisch

eingeschätzt hatte (vgl. Verfügung vom 13. Juli 2018 [Bg-act. 152] und Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 27. April 2018 [Bg-act. 148 S. 6] und dessen Bestätigung durch Dr. med. K.\_\_\_\_\_ im Eintrag vom 8. Mai 2018 [Bg-act. 148 S. 7]). Die ABI-Gutachter wiesen des Weiteren darauf hin, dass die Medikamenten-Compliance bei allen drei geprüften

- 20 - Psychopharmaka schlecht bzw. nicht gegeben gewesen sei (vgl. Bg-act. 175 S. 9 und S. 22). Wenn nun Dr. med. K.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 19. Juni 2019 (Bf-act. 1) ausführte, sie könne aufgrund der guten therapeutischen Beziehung davon ausgehen, dass die Medikamenten- Compliance gut sei, da die Beschwerdeführerin ihr versichert habe, die Medikation wie vorgeschrieben einzunehmen, vermag dies die sich auf Laborwerte abstützende gegenteilige Einschätzung des ABI-Psychologen nicht in Frage zu stellen (vgl. zu den Laborwerten Anhang 1 zum ABI- Gutachten). Die Vermutung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, es sei möglich, dass die Beschwerdeführerin zu den "Rapid-Metabolizern" gehöre, belegte diese nicht weiter. Anhaltspunkte dafür ergeben sich auch keine aus den Akten.

### **E. 3.8**

Insgesamt ergibt sich somit, dass die Vorbringen der Beschwerdeführerin und die von ihr beigebrachten medizinischen Stellungnahmen nicht geeignet sind, den Beweiswert des ABI-Gutachtens mit seinen Feststellungen zu dem hier massgebenden Zeitraum ab 1. Juli 2015 zu schmälern. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin auf die im Gutachten attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit abstellte. Vor diesem Hintergrund kann auf die von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 9. Oktober 2019 (Bf-act. 4) angeregte Einholung einer weiteren gutachterlichen Beurteilung verzichtet werden, zumal das streitberufene Gericht aufgrund der bereits abgenommenen Beweise seine Überzeugung gebildet hat und annehmen kann, dass diese Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (vgl. BGE 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3). 4. Bei dem unbestritten gebliebenen, auf 100 % hochgerechneten Valideneinkommen von Fr. 67'835.25 und einem Invalideneinkommen von (gerundet) Fr. 44'720.50 (gemäss Lohnstrukturhebung [LSE] 2016, Tabelle TA 1, Kompetenzniveau 1, weiblich, umgerechnet auf 41.7

- 21 - Wochenstunden, aufindexiert, mit Arbeitsfähigkeit von 80 % = Fr. 4'363.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.003995 x 1.01 x 1.01 x 0.8) resultiert eine Einschränkung im zu 90 % gewichteten Erwerbsbereich von 34.07 % und somit ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad von 30.66 %. Bei einer fehlenden Einschränkung im zu 10 % veranschlagten Haushaltsbereich ergibt sich gesamthaft ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30.66 bzw. gerundet 31 %. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen. 5. Zur Ermittlung des Invalideneinkommens ist anzumerken, dass kein Leidensabzug geltend gemacht wurde. Es ist davon auszugehen, dass die Gutachter in der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit die verminderte psychische Belastbarkeit und jene des Bewegungs- und Stützapparats bzw. der vermehrte Pausenbedarf bereits durch die auf 80 % reduzierte Leistungsfähigkeit bei einer ganztägigen Verwertbarkeit Rechnung getragen haben. Würde dies zusätzlich beim leidensbedingten Abzug berücksichtigt, käme dies einer unzulässigen doppelten Anrechnung derselben Gesichtspunkte gleich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_833/2017 vom 20. April 2018 E.2.2 m.H.). Zudem ist zu würdigen, dass der deutschsprachigen Beschwerdeführerin mit Schweizer Bürgerrecht und ausgewiesenen Schul- und Berufskennnissen im vorliegend relevanten Kompetenzniveau 1 durchaus auch über gewisse Wettbewerbsvorteile verfügt. Selbst wenn indes ein Abzug vom Tabellenlohn

namentlich angesichts des Umstands, dass die Beschwerdeführerin neben den ausgewiesenen Einschränkungen im massegebenden Zeitpunkt des Einkommensvergleichs bereits über 50 Jahre alt war (vgl. hierzu Urteil 9C\_459/2019 vom 5. November 2019 E.5.3 m.H.), gewährt würde, würde ein solcher 10 % jedenfalls nicht übersteigen, so dass sich ein Gesamtinvaliditätsgrad von 36.6 % (gerundet 37 %; vgl. obige Berechnung unter E.4 ausgehend von einem Invalideneinkommen von Fr. 40'248.45 [Fr.

- 22 - 44'720.50 abzüglich 10 % Leidensabzug]) ergäbe, was ebenfalls keinen Rentenanspruch zu begründen vermöchte.

#### **E. 4**

Mit Mitteilung vom 22. Dezember 2015 gewährte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ Berufsberatung. Zudem übernahm sie die Kosten für ein Arbeitstraining vom 1. Juni 2016 bis 31. August 2016 bei der I.\_\_\_\_\_ GmbH. Vereinbart wurde ein 30%-Pensum im Bereich Verkauf, wobei zugleich die Tätigkeit im angestammten Beruf (Pâtissière und Küchenhilfe) von 90 % auf 60 % reduziert wurde. Da sie in der Folge bis Ende Oktober 2016 vollständig krankgeschrieben wurde, sprach ihr die IV-Stelle ein Wartezeittaggeld bis November 2016 zu.

#### **E. 5**

Im Verlaufsbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 1. September 2016 diagnostizierte dieser neben den persistierenden Beschwerden in der rechten Schulter eine psychosoziale Belastungssituation (Burnout- Gefährdung) sowie ein chronifizierter Rückenschmerz unklarer Ätiologie. Er wies eine Verschlechterung des Gesundheitszustands aus. Im Laufe des Sommers 2016 sei es zu einer psychosozialen Überlastung aufgrund der körperlichen und beruflichen Situation gekommen.

- 4 -

#### **E. 6**

Die seit Ende August 2016 behandelnde Psychiaterin, Dr. med. K.\_\_\_\_\_, stellte in ihrem Bericht vom 19. September 2016 die Diagnose einer depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F32.0), wobei sich die depressive Symptomatik durch den Integrationseinsatz verschlechtert habe. Sie attestierte A.\_\_\_\_\_ ab dem 5. September 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit bis Ende Oktober 2016.

#### **E. 6.1**

Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf Fr. 700.-- fest. Bei diesem Prozessausgang wird die Beschwerdeführerin grundsätzlich kostenpflichtig. Allerdings hat sie um unentgeltliche Rechtspflege ersucht.

#### **E. 6.2**

Nach Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) hat jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, Anspruch auf

unentgeltliche Rechtspflege, wenn ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (vgl. auch Art. 76 Abs. 1 VRG; BGE 134 I 166 E.3 m.H.). Vorliegend erscheint der Rechtsstreit weder offensichtlich mutwillig noch von vornherein aussichtslos. Zudem ist von der finanziellen Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen, zumal sie Sozialhilfe bezieht (vgl. Verfügung der Gemeinde Schiers vom 10. April 2019; vgl. ferner ABI-Gutachten [Bg-act. 175]) und soweit ersichtlich über keine verwertbaren Aktiven verfügt. Somit ist dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung stattzugeben, womit die Gerichtskosten von Fr. 700.-- – eine Erstattungs-pflicht gemäss Art. 77 Abs. 1 VRG vorbehalten – zulasten der Gerichtskasse gehen.

- 23 -

### **E. 6.3**

Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (vgl. Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

### **E. 7**

Mit Mitteilungen vom 10. Februar 2017 und 10. Mai 2017 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining bei der L. \_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2017 bis 31. Juli 2017 im Bereich Floristik. Vereinbart wurde ein Startpensum von 20 %, mit dem Ziel, die Präsenzzeit zu steigern, was jedoch nicht erreicht werden konnte.

### **E. 8**

Am 3. Juli 2017 trat A. \_\_\_\_\_ zum stationären Aufenthalt in die Klinik M. \_\_\_\_\_ ein. Die Hospitalisation dauerte bis zum 10. August 2017. Im Austrittsbericht vom 24. Oktober 2017 wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) sowie eine anankastische Persönlichkeitsstruktur diagnostiziert, welche im Verlauf jedoch deutlich verbessert und stabilisiert werden konnten.

### **E. 9**

Nach dem stationären Aufenthalt wurde das Belastbarkeitstraining bei der L. \_\_\_\_\_ mit einem Startpensum von 20 % im Bereich Küche wiederaufgenommen, mit dem Ziel, die Präsenzzeit auf 50 % zu steigern. Entsprechend erging am 19. September 2017 eine Kostengutsprache für den Zeitraum vom 4. September 2017 bis 4. März 2018. Die Präsenzzeit konnte indes nicht über 12 Stunden pro Woche gesteigert werden.

### **E. 10**

In ihrem Verlaufsbericht vom 23. November 2017 stellte Dr. med. K. \_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

- 5 - (ICD-10 F33.1) sowie anankastische Persönlichkeitszüge fest und erachtete A. \_\_\_\_\_ zu 100 % arbeitsunfähig. Zum Verlauf führte sie namentlich aus, dass die von der Arbeitgeberin in Aussicht gestellte Kündigung im Laufe des Monats Juni 2017 zu einer zunehmenden depressiven Entgleisung geführt habe, was einen stationären Aufenthalt notwendig gemacht habe. Nach dem Austritt im August 2017 sei eine leichte Besserung eingetreten. Aktuell erfülle die Symptomatik die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode.

### **E. 11**

Nachdem A.\_\_\_\_\_ bei der Arbeit eine Panikattacke erlitten hatte, trat sie am 14. Februar 2018 wiederum in die Klinik M.\_\_\_\_\_ zum stationären Aufenthalt bis zum 28. März 2018 ein. Im Bericht vom 16. April 2018 wurde u.a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.10) sowie eine anankastische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) diagnostiziert. Das depressive Zustandsbild konnte mittels multimodalen Therapieprogramms bis zum Austritt gebessert werden. Anschliessend nahm A.\_\_\_\_\_ eine niederschwellige teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik Y.\_\_\_\_\_ auf.

#### **E. 12**

Da die Leistung während der Eingliederungsmassnahme mit 20 % bis 40 % sehr klein gewesen war und A.\_\_\_\_\_ sich nach dem erneuten Klinikaufenthalt nicht in der Lage gefühlt hatte, ein Arbeitstraining in einem 50%-Pensum zu absolvieren, wurden die beruflichen Massnahmen mit Verfügung vom 13. Juli 2018 beendet und die Rentenprüfung eingeleitet.

#### **E. 13**

Im Verlaufsbericht vom 21. August 2018 wies Dr. med. K.\_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung sowie eine anankastische Persönlichkeitsakzentuierung aus und bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zum Verlauf hielt sie fest, nach dem Austritt aus der Klinik M.\_\_\_\_\_ sei es vorerst zu einer Stabilisierung der Situation

- 6 - gekommen; es hätten höchstens leichtgradige depressive Symptome vorgelegen. Im Juni 2018 sei es zu einer zunehmenden inneren Unruhe und vermehrten Schlafstörungen, Ängsten und Gedankenkreisen gekommen. Nach dem Ansetzen der Medikation sei erneut eine relative Stabilisierung eingetreten. Nach wie vor einschränkend seien die Ängste, die Schlafstörungen sowie die leicht- bis mittelgradigen Konzentrationsstörungen.

#### **E. 14**

Die IV-Stelle holte sodann beim Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) in Basel ein bidisziplinäres Gutachten (psychiatrisch und rheumatologisch) ein, das am 1. April 2019 erstattet wurde. Die Gutachter, Dres. med. N.\_\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_\_, stellten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0), bilaterales Schulterimpingementsyndrom (ICD-10 M75.4) und chronisches rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5). Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine dauerhafte, verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule, so dass nur körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten geeignet seien, mit Lasten heben von 10 kg bis max. 15 kg bis Schulterhöhe. Im Belastungsniveau bestehe ein erhöhter Pausenbedarf für vollschichtig zumutbare Tätigkeiten. Aus psychischer Sicht könne auf affektiver Ebene eine leichte depressive Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung festgestellt werden. Im Weiteren läge eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Die Diagnosen beeinflussten sich gegenseitig negativ, so dass dauerhaft eine verminderte Belastbarkeit nachvollziehbar sei, im Sinne einer Leistungseinbusse von 20 % bezogen auf ein Vollzeitpensum. Die Belastungsfaktoren lägen im geringen Ausmass in Form der medizinischen Einschränkungen vor, welche allerdings nicht dem

- 7 - subjektiven Ausmass entsprächen, wie es von A.\_\_\_\_\_ angenommen werde. Sowohl somatisch als auch psychiatrisch liessen sich diverse Inkonsistenzen anamnestisch und in der Untersuchung nachweisen. Die Medikamenten-Compliance sei ebenfalls schlecht bzw. nicht gegeben. Insgesamt schlossen die Gutachter auf eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit seit Januar 2015, sicher ab Dezember 2018.

#### **E. 15**

Gestützt darauf erachtete auch RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in seiner Abschlussbeurteilung vom 2. Mai 2019 A.\_\_\_\_\_ für leichte bis mittelschwere Arbeiten in wechselndem Rhythmus, ohne volle Belastung des rechten Armes, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg und ohne Arbeiten über Schulter- und Kopfhöhe mit dem rechten Arm ab Januar 2015 zu 80 % arbeitsfähig. Der rechte Arm sei für leichte Arbeiten unterhalb der Schulter- und Kopfhöhe oder für Schreibtischarbeiten voll einsatzfähig. In adaptierter Tätigkeit sei ein erhöhter Pausenbedarf von einer Stunde täglich bei ganztätigem Arbeitspensum angebracht.

#### **E. 16**

Mit Vorbescheid vom 17. Mai 2019 stellte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wobei sie dabei für den zu 90 % gewichteten Erwerbsbereich von einer Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 80 % ab Januar 2015 ausging und im Haushaltsbereich keine Einschränkung feststellte, was zu einem Invaliditätsgrad von 31 % führte. Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 11. Juni 2019 Einwand und legte diesem verschiedene Stellungnahmen ihrer behandelnden Ärzte bei. Nachdem letztere RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ unterbreitet worden waren, verfügte die IV-Stelle am 8. August 2019 wie vorbeschieden und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

#### **E. 17**

Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin) am 4. September 2019 Beschwerde bei der Sozialversicherungsanstalt

- 8 - (SVA) Graubünden, welche diese Eingabe zuständigkeitshalber dem Verwaltungsgericht überwies. Darin beantragte sie, die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Zur Begründung führte sie an, sie sei seit mehr als einem Jahr zu 70 % krankgeschrieben und arbeite zu 30 % bei einer Reinigungsfirma, was sie an ihre Grenzen bringe. Zudem sei sie Sozialhilfeempfängerin, was sich auch psychisch bemerkbar mache.

#### **E. 18**

Innerhalb der ihr von der vormaligen Instruktionsrichterin gesetzten Frist zur Verbesserung der Beschwerde, reichte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 17. September 2019 neben den bereits im Einwandverfahren ins Recht gelegten Berichte ihrer behandelnden Ärzte ein ärztliches Zeugnis von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ ein, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % für die Monate September und Oktober 2019 bescheinigte.

#### **E. 19**

Die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) schloss in ihrer Vernehmlassung vom 8. Oktober 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 20**

Mit Eingabe vom 16. Oktober 2019 reichte die Beschwerdeführerin eine weitere ärztliche Bescheinigung ihrer behandelnden Psychiaterin, Dr. med. K.\_\_\_\_\_, vom 9. Oktober 2019 ein.

## **E. 21**

Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer als Duplik bezeichneten Stellungnahme vom 21. Oktober 2019 an ihrem Antrag fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 8. August 2019. Eine solche Anordnung, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der

- 9 - verfügenden IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als das örtlich und sachlich zuständige Versicherungsgericht angefochten werden (vgl. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als formelle und materielle Verfügungsadressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Sie ist somit zur Beschwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 39 Abs. 1 ATSG sowie Art. 61 lit. b ATSG), weshalb darauf eingetreten wird. 2. Streitgegenstand bildet in Anbetracht der im Dezember 2014 erfolgten Anmeldung gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2015 zu Recht verneint hat. Streitig ist die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit, wobei die Beschwerdeführerin die von der Beschwerdegegnerin angenommene Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 80 % kritisiert. Unbestritten sind indes die anwendbare Methode der Invaliditätsbemessung (gemischte Methode mit einer Gewichtung des Erwerbsbereichs von 90 % und des anerkannten Aufgabenbereichs von 10 %), die fehlende Einschränkung im Haushaltsbereich und das Valideneinkommen von Fr. 67'835.25. 3. Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Beurteilungen im ABI-Gutachten vom 1. April 2019 bzw. des RAD-Arztes Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2019 abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen bzw. diese von den übrigen medizinischen

- 10 - Akten, insbesondere von den Berichten von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2019, 11. September 2019 und 9. Oktober 2019, sowie von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2019 derart in Zweifel gezogen werden, dass von der 80%igen Arbeitsfähigkeitseinschätzung in adaptierter Tätigkeit (= körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten) für den hier massgebenden Zeitraum ab Juli 2015 abzuweichen wäre.

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