

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01099 vom 2. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01099

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01099 du 2 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01099 del 2 settembre 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, war von 1. April 2001 bis 31. August 2008 für sechs Stunden pro Woche als Haushilfe für den Verein Y.____ tätig (Urk. 6/6).

Unter Hinweis auf Handgelenksbeschwerden meldete sich die Versicherte am

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 1.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69). 1. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorgeschichte (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise

begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

5. November 2014 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in d er angefochtenen Verfügung vom 1 9. Sep tember 2014 (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1 4. De zember 2009 in ihrer Tätigkeit während drei Monaten zu 100 %

„erwerbs unfähig “ gewesen sei, ihr danach aus versicherungsmmedizinischer Sicht eine Tätigkeit zu 80 % und nach Ablauf des Wartejahres noch zu 70 % zumutbar gewesen wäre. Die Wartezeit sei somit nicht erfüllt und es bestehe kein Anspruch auf eine Rente . Ausserdem seien die Foerster-Kriterien nicht erfüllt und somit die Überwind barkeit gegeben (S. 2 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt dem beschwerdeweise (Urk. 1) entgegen, dass sie vor kurzem in die psychiatrische Klinik B.____ gebracht worden sei. Es se i zu vermuten, dass es sich um eine fürsorgerische Unterbringung gehandelt habe. Danach sei sie für einen stationären Aufenthalt nach C.____ überwiesen worden. Dementsprechend seien aktuelle Unterlagen aus den beiden Kliniken einzuholen (S. 3). Der psychiatrische Gutachter des A.____ spre che von einer eindrücklich schillernden Persönlichkeitsstörung (S. 6) . Allein daraus ergebe sich die Intensität, weshalb diese ausgewiesene Komorbidität erstellt sei. Dementsprechend sei es ihr unmöglich, die Schmerzstörung zu über winden (S. 8) . Zudem bewege sie sich fast nur mit dem Elektro-Rollstuhl fort. Es werde sich realistischerweise kein Arbeitgeber auf dem ausgeglichenen Arbeits markt finden, der einer Person eine Arbeitsstelle anbiete, die unter einer schillernden Persönlichkeitsstörung leide und sich nur mit einem Elektro-Roll stuhl fortbewege. Dementsprechend sei ihr auch deswegen eine ganze Rente zuzusprechen (S. 8).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente hat, wobei insbesondere der Grad der Arbeitsunfähigkeit

in psychi scher Hinsicht umstritten ist. 3. 3.1

Die Ärzte des D.____ , Interdisziplinäre Schmerzsprech stunde , berichteten am 1 1. Juni 2008 (Urk. 6/21) und nannten folgende Diag nosen (S. 5): - generalisiertes Schmerzsyndrom mit/bei - Differentialdiagnose: Fibromyalgie Syndrom, generalisierte Allodynie - Migräne ohne Aura - episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp - Hypercholesterinämie

Sie führten aus, klinisch zeige sich bei der Beschwerdeführerin neben einer ubiquitären Berührungsempfindlichkeit und Druckschmerzhaftigkeit der Gelenke und Muskulatur ein unauffällige r Neurostatus. Aus psychiatrischer Sicht könnten die geschilderten Beschwerden in Ermangelung einer eindeutigen somatischen Erklärung einer Somatisierungsstörung entsprechen. Anhand einer einmaligen Konsultation könnten die bekannten eigen- und fremdanamnesti schen Angaben sowie der klinische Befund keiner klaren psychiatrischen Diag nose gemäss Kriterien der ICD-10 zugeordnet werden (S. 5) .

3.2

Die Ärzte des E.____ berichteten am 11. Juni 2009 (Urk. 6/49/6-8) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Fibromyalgie - Status nach Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion - Ulna -Verkürzung beidseits Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach Suizidversuch im 16. Lebensjahr. Sie führten aus, dass das zyklische Geschehen der Depressionen der Beschwerdeführerin sowie die geringe Belastbarkeit mit rasch folgender Überforderung zur Einschätzung führen würden, dass die Beschwerdeführerin auch auf längere Sicht immer wieder 100 % arbeitsunfähig sein werde (S. 1 oben). Die Prognose sei eher schlecht. Es sei vorläufig weiterhin mit einem diskontinuierlichen Arbeitsverlauf zu rechnen (S.

3). 3.3

Die Gutachter der MEDAS Z.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 21. Oktober 2009 (Urk. 6/51) gestützt auf die Akten sowie die eigene Befragung und Untersuchung der Beschwerdeführerin. Sie nannten keine Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S.

E. 5

) die Rückweisung der Beschwerde zur Prüfung beruflicher Massnahmen unter Bestätigung des abweisenden Rentenentscheides. Am 16. März 2015 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie auf das Einreichen einer Replik verzichte (Urk. 12).

Dies wurde der Beschwerdegegnerin am 7. Juli 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk. 13).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Mit zur amtlichen Publikation als BGE bestimmtem Urteil 9C_492/2014 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Beurteilung psychosomatischer Störungen neu gefasst:

Die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung bezweckte die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise der Überwindbarkeitsvermutung. An dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen, wobei auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität verzichtet wird. Damit werden für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG konkretisiert. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Ansprüche Grundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren

schlüssig und wider spruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nach gewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6). 5 . 2

Die Standardindikatoren umschreibt das Bundesgericht im genannten Urteil (vorstehend E. 5 . 1) wie folgt: - Kategorie „ funktioneller Schweregrad“ - Komplex „ Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz - Komorbiditäten - Komplex „ Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „ Sozialer Kontext“ - Kategorie „ Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen verschiedenen Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3) 5 . 3

Zum Zusammenwirken von Medizin und Rechtsanwendung hat das Bundesgericht im genannten Urteil (vorstehend E. 5 . 1) festgehalten, dass sich der rechtliche Anforderungskatalog auf einen Grundbestand von normativ massgeblichen Gesichtspunkten beschränkt (E. 5.1.2). Die normativ bestimmte Gutachterfrage lautet, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwendung überprüft die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärztinnen und Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 Satz 1 ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (E. 5.2.2). 5 . 4

Sodann wurde im genannten Urteil (vorstehend E. 5 . 1) festgehalten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert

verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (E. 8) . 6 . 6.1

Nach dem Gesagten hat die Beurteilung, ob eine fachärztlich diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung eine Invalidität begründet oder nicht, nicht mehr mittels der Regel/Ausnahme-Vorgaben beziehungsweise der Überwindbarkeitsvermutung zu erfolgen.

Vielmehr hat die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich bereits in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen hat, indem dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen

Schmerzstörung vermehrt Rechnung zu tragen ist. So dann führt die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur dann zur Feststellung einer invaliden versicherungsgesetzlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe (BGE 131 V 49 E. 1.2) standhält. 6.2

Der Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung bildet somit die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist.

Vorliegend ist somit zu prüfen, ob

die Schmerzstörung als Gesundheitsbeeinträchtigung überhaupt sachgerecht festgestellt worden ist, und weiter ob der psychiatrische Teilgutachter (vgl. Urk. 6/148/76-108) infolgedessen ausschliesslich Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung berücksichtigt hat und seine Beurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (vorstehend E. 5.3). Ob die medizinische Beurteilung den nunmehr zu beachtenden Indikatoren (vorstehend E. 5.2) im Ergebnis hinreichend Rechnung trägt, ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten zu prüfen (vorstehend E. 5.4). 6.3

Bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.40 wird als vorherrschende Beschwerden ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz verlangt, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt dabei in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf, wobei diese schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Die Folge ist sodann gewöhnlich eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage 2014, Ziff. F45.4 S. 233).

6.4

Vorliegend wurde eine chronische somatoforme Schmerzstörung erstmals im August 2011 durch die Ärzte der Rehaklinik I.____

(vgl. vorstehend E. 3.7) und sodann auch durch die Ärzte des Sanatoriums J.____ im März 2013 (vgl. vorstehend E. 3.8) diagnostiziert. In den jeweiligen Berichten wird nicht näher dargelegt, wie die Diagnose zustande kam beziehungsweise gestützt auf welche Befunde diese gestellt wurde.

Auch der psychiatrische Teilgutachter des A.____ (vgl. vorstehend E. 3.9; Urk. 6/148/76-108) setzt sich im Wesentlichen vor allem mit den Befunden und dem Verlauf der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung auseinander und geht nicht näher auf das Zustandekommen der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ein (S. 29 f.). Er legte weder die diesbezüglichen unabdingbaren Befunde dar, noch begründete er die Diagnose

der somatoformen

Schmerzstörung in sonst einer Weise. Er führte

lediglich aus, dass es bei vorhandenen jahrelangen ehelichen Spannungen zur Entwicklung einer Schmerzkrankheit bei vorhandener somatischer Problematik im Handel gekommen sei (S. 29 unten) und die Beschwerdeführerin eine ausgeprägte Somatisierung zeige (S. 30 oben). Diese zwei erwähnten Hinweise reichen vorliegend nicht, um das tatsächliche Einhalten der klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehen zu können, auch wenn aus den somatischen Teilgutachten hervorgeht (vgl. vorstehend E.

4), dass die Beschwerdeführerin verschiedenste Schmerzen beklagte, welche sich im demonstrierten Ausmass aus somatischer Sicht nicht objektivieren liessen. Ob der als vorherrschende Beschwerde verlangte andauernde, schwere und quälende Schmerz sowie eine Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen, welche die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung per definitionem voraussetzt, vorliegend als gegeben betrachtet werden kann, ist aufgrund der Beurteilungen nicht zu beantworten. Aus dem psychiatrischen Teilgutachten geht somit nicht klar hervor, ob die Schmerzstörung als Gesundheitsbeeinträchtigung überhaupt sachgerecht festgestellt worden ist beziehungsweise ob die Diagnose vorliegend mit ausreichend Bezug auf die funktionserhebliche Befundlage Eingang in die Beurteilung gefunden hat. Des Weiteren wird

im psychiatrischen Teilgutachten auch nicht Bezug

zur Frage genommen, ob und inwiefern bei der Beurteilung Ausschlussgründe wie Aggravation oder andere ähnliche Erscheinungen berücksichtigt worden sind, obwohl in den somatischen Teilgutachten

diesbezüglich immer wieder auf eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beeinträchtigungen und dem gezeigten Spontanverhalten hin gewiesen wird (vgl. vorstehend E. 4).

Schliesslich bleibt anzumerken, dass sich der psychiatrische Teilgutachter – zu mal noch in Unkenntnis der bundesgerichtlichen Terminologie – nicht nachvollziehbar mit dem funktionellen Schweregrad der Beeinträchtigung auseinandergesetzt hat. So wurden die Gesundheitsschädigung betreffend weder die Ausprägung der relevanten Befunde, noch der Therapieverlauf näher thematisiert. Lediglich die Frage von begleitenden Erkrankungen wurde

abschliessend beantwortet. Ob der Komplex der Persönlichkeit direkt in die Diagnostik eingeflossen ist und der soziale Kontext abschliessend angesprochen und berücksichtigt worden ist, lässt sich dem psychiatrischen Teilgutachten ebenfalls nicht klar entnehmen. Unter dem Aspekt der Konsistenz wurde zwar der Umfang der bestehenden Aktivitätseinschränkungen anhand des Mini-ICF-APP erhoben. Aufgrund der weiteren Ausführungen im Teilgutachten zum Tagesablauf (vgl. S.

9 f.) sowie den sonstigen Aktivitäten der Beschwerdeführerin (vgl. S. 18 f., S.

30 unten, S. 32 Mitte)

erscheinen diese jedoch nicht widerspruchsfrei. Die funktionellen Auswirkungen der (nach dem Gesagten unzulänglich festgestellten) gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich somit gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten anhand der neu geltenden Standardindikatoren nicht schlüssig und widerspruchsfrei nachweisen. 6.5

Nach dem Gesagten erweist sich das psychiatrische Teilgutachten für die abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin als unzulänglich, es fehlt an einer hinreichenden medizinischen Entscheidung.

Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache - dem (verfahrensrechtlichen) Eventualantrag der Beschwerdeführerin entsprechend - an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach Einholung einer ergänzenden Stellungnahme des psychiatrischen A.____-Teilgutachters, welche unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und nach Massgabe der gemäss neuester Rechtsprechung des Bundesgerichts zur somatoformen Schmerzstörung relevanten Indikatoren zu erfolgen hat, eine neue Beurteilung vornehme und anschliessend nach der Prüfung von beruflichen Massnahmen über den Leistungsanspruch neu verfüge. 6. 6

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. September 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 7.

Mit der Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Ergänzung des A.____-Teilgutachtens wird einem Haupt- und einem verfahrensrechtlichen Eventualantrag der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. I.1 und Ziff. II.3) entsprochen. Folglich liegt einer der Ausnahmegründe vor, die es dem Gericht erlauben, von der beantragten öffentlichen Verhandlung (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. II.4) abzusehen, ohne den in Art. 6 Ziff. 1 Abs. 1 EMRK garantierten Anspruch auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zu verletzen (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C_518/2010 vom 24. Januar 2011 E. 4.3.1). Weiter Ausführungen hierzu erübrigen sich. 8.

8.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 700.-- der unterliegenden Beschwerde gegenüber aufzuerlegen. 8.2

Bei diesem Verfahrensausgang hat die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) und beim massgeblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) für das Jahr 2015 auf Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. September 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

E. 8

(ATSG) sind.

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

E. 10

Ziff. 4.1) und folgende Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert (S. 10 Ziff. 4.2): - fibromyalgieformes Schmerzsyndrom mit Zervikalgien und bilateralen Arthralgien im Bereich der Radiokarpalgelenke bei - zervikaler Streckfehlform - bilateraler Ulnarminusexostose - benigne Laxität (HWS, Hüften, Radiokarpalgelenk, Sprunggelenk) - emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - chronische Migränebeschwerden - substituierte Hypothyreose Sie führten aus, dass in den Tätigkeiten im Service und als Hotelfachassistentin sowie als Haushaltshilfe Spitex und in jeder vergleichbaren Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Körperliche Schwerarbeit und solche, die mit gesteigerter Faustschlusskraft verbunden sei, sei aus konstitutionellen Gründen nicht mehr zumutbar

(S. 11

Ziff. 5.1-5.2). Seit der IV-Anmeldung im Januar 2008 habe nie ein objektiv begründeter langdauernder Gesundheitsschaden vor gelegen (S. 11 Ziff. 5.4). Es sei mit einem stationären Verlauf zu rechnen (S.

E. 11

Ziff. 5.5). 3.4

Die Ärzte der F.____ berichteten am 2. März 2010 (Urk. 6/61) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 27. Dezember 2009 bis 29. Januar 2010 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Fibromyalgie - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) - aktuell leichtgradige Episode - psychosoziale Belastungsfaktoren - Status nach HWS-Distorsion - Migräne ohne Aura - Ulnaverkürzung beidseits - substituierte Hypothyreose - Bruxismus Sie führten aus, dass sich die Beschwerdeführerin im Verlauf der Rehabilitation zunehmend habe psychophysisch rekonditionieren können. Ihr Krankheitskonzept sei wesentlich organisch orientiert geblieben. Unterstützend werde eine weitere ambulante Psychotherapie empfohlen. 3.5

Die Ärzte der RehaClinic

G.____ berichteten am 10. Dezember 2010 (Urk. 6/92/17-23) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 12. Oktober bis 12. November 2010 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit/bei - Status nach HWS-Distorsionstrauma nach Auffahrunfall am 14. Dezember 2009 - X-Ray HWS vom 22. Dezember 2009: Streckhaltung, keine Hinweise auf ossäre Läsionen

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Haltungsinsuffizienz, Fehllhaltung - MRI Lendenwirbelsäule (LWS) vom 24. September 2010: leichte Chondrosen L3/4 bis L5/S1. Keine Diskushernien, keine neuralen Tangierungen. Leichte Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 - Fibromyalgie - rezidivierende depressive Störung - Migräne ohne Aura - Ulnaverkürzung beidseits - Hypothyreose, substituiert - Bruxismus Sie führten aus, klinisch neurologisch könnten im detailliert durchgeführten Neurostatus keine pathologischen Befunde objektiviert werden. Insbesondere liege kein zerviko- oder lumboradikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom vor. Klinisch rheumatologisch zeige sich eine diffuse Druckdolenz entlang der gesamten Wirbelsäule. Die HWS-Beweglichkeit sei bei der Erstuntersuchung schmerzhaft und zirka 2/3 eingeschränkt, insbesondere in Reklination. Ausser dem bestehe eine schmerzhaft, aber nicht eingeschränkte Beweglichkeit der LWS. Die Beschwerdeführerin habe eine Verbesserung der allgemeinen Schmerzsymptomatik erreichen können, obwohl der psychische Zustand geschwankt habe (S. 2). Es habe sich als schwierig erwiesen, mit der Beschwerdeführerin die bisher entwickelten Coping-Strategien im Umgang mit den Beschwerden zu optimieren und fokussiert ein Thema zu erarbeiten. Die Beschwerdeführerin sei in den Gesprächen sehr mitteilungsbedürftig, teilweise sprunghaft gewesen und sie verfüge über ein eigenes Krankheitsverständnis. Die Beschwerdeführerin habe teilweise demonstrativ-theatralisch gewirkt, daneben sei jedoch auch eine erhöhte Verletzlichkeit, ein grosses Zuwendungsbedürfnis und eine tiefe Verunsicherung spürbar gewesen. Der psychische Zustand der Beschwerdeführerin erweise sich als sehr schwankend, deutlich abhängig von äusseren Vorkommnissen. Die Beschwerdeführerin reagiere oft impulsiv und sei sich ihrer Wirkung auf andere wenig bewusst (S. 3 oben).

3.6

Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, berichtete am 4. Januar 2011 (Urk. 6/92/4-6) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Auffahrunfall am 14. Dezember 2009, mit posttraumatischem, zervikozephalischem und lumboradikulärem Schmerzsyndrom - vegetative Störung unklarer Ätiologie mit Gefühlsstörungen sakral rechts - chronisches zervikozephalisches Syndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach HWS-Distorsion - zervikal- und lumbalbetontes

Panvertebralsyndrom - Blasen- und Darmfunktionsstörungen unklarer Genese - Status nach Teilmeniscektomie mediales Hinterhorn rechts und Entfernung von freien Gelenkkörpern - Fibromyalgie - rezidivierende depressive Störung - Migräne ohne Aura - Ulnaverkürzung beidseits - Hypothyreose, substituiert - Bruxismus Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit (im Service) aufgrund der vor allem belastungsabhängigen Beschwerden zurzeit und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei. In einer wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsfähig (S.

3) . 3.7

Die Ärzte der Rehaklinik I.____ berichteten am 17. August 2011 (Urk. 6/102/9-21) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 6. Juni bis 12. August 2011 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Unfall vom 2. Juni 2009: Sprung aus zirka 1.5 m - Distorsionstrauma OSG rechts - Unfall vom 14. Dezember 2009: PW-Unfall, Heckaufprall - HWS-Distorsion - Treppensturz mit Kniekontusion beidseits am 31. August 2010 - Fibromyalgie - Migräne ohne Aura - Ulnaverkürzung beidseits - Hypothyreose, substituiert - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0)

Sie führten aus, dass infolge des erheblich dysfunktionalen Verhaltens und der Inkonsistenz die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar seien. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Infolge des dysfunktionalen Verhaltens hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen im Behandlungsprogramm. Es liege keine psychische Störung mit Krankheitswert vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte (S. 2 oben). Der Beschwerdeführerin sei die berufliche Tätigkeit als Hotelfachassistentin mindestens halbtags zumutbar. In körperlicher Hinsicht seien der Beschwerdeführerin mindestens leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeiten, ohne länger evornübergebeugte Haltung zumutbar (S. 2 Mitte). 3.8

Die Ärzte des Sanatoriums J.____ berichteten am 11. März 2013 (Urk. 6/118) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen mit histrionischen und narzisstischen Zügen (ICD-10 F61) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) Sie führten aus, dass sich die Beschwerdeführerin im Verlauf eher uneinsichtig zeige und nicht von ihrer Diagnose wissen wolle. Aus diesem Grund sei von einer schlechten Prognose auszugehen, da die Beschwerdeführerin wenig Krankheitseinsicht im Sinne der gestellten Diagnosen aufweise (S. 3). Es bestünden geistige beziehungsweise psychische Einschränkungen im Rahmen von anamnestischen Konzentrationsstörungen, welche im psychopathologischen Befund nicht hätten erhoben werden können. Die Beschwerdeführerin zeige sich affektiv sehr schwankend und labil, was eine Tätigkeit gegebenenfalls einschränken könnte. Da die Beschwerdeführerin sehr auf ihre somatischen Beschwerden und ihre ungerechte

Behandlung ihrerseits fixiert sei, werde es schwierig sein, die Beschwerdeführerin für eine Wiedereingliederung zu motivieren (S. 4 Ziff. 1. 7).

Aufgrund der massiv exazerbierten Persönlichkeitsstörung bestehe derzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Mangels Krankheitseinsicht und unzureichender Unterstützung sei zumindest mittelfristig keine Besserung zu erwarten (S. 1). 3.9

Die Gutachter des A.____ Begutachtungszentrums erstatteten ihr polydisziplinäre Gutachten am 17. Dezember 2013 (Urk. 6/148) gestützt auf die Akten sowie die eigenen Abklärungen. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 68): - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, histrionischen und paranoiden Anteilen (ICD-10 F61.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - beginnende STT Arthrose links betont - chronisches polytopes Schmerzsyndrom - chronische Migräne ohne Aura - episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp - zervikogenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS und der LWS - keine Kompromittierung neuraler Strukturen - Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma - HWS-Distorsion - Tinnitus und unsystematisierte Schwindelbeschwerden Der psychiatrische Teilgutachter führte aus, dass die Beschwerdeführerin auch nach zweieinhalb Stunden Exploration keine Ermüdungszeichen zeige. Es finde sich kein Nachweis einer starrer depressiven Verstimmung (S. 24). Die Beurteilung des MEDAS-Gutachters sei gut nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin zeige die für spezifische Persönlichkeitsstörungen erforderlichen Kriterien einer deutlichen Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen. Sie zeige andauernde, tiefgreifende und gleichförmige Verhaltensmuster (S. 32 oben). Die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien klar erfüllt (S. 37 Mitte). Bei freilich vorhandenen jahrelangen ehelichen Spannungen einerseits in Bezug auf finanzielle Probleme sowie andererseits überwiegenden Interessen des Ehemannes an Arbeit und Hund sei es zu einer Entwicklung einer Schmerzkrankheit bei vorhandener somatischer Problematik im Handgelenk gekommen (S. 37 unten). Die Persönlichkeitsstörung zeige sich in Form vermehrter Impulsivität und Stimmungsschwankungen, mit vermehrtem Misstrauen und paranoidem Verkennen von Ereignissen sowie vermehrt expressiven Anteilen (S. 38 oben). Die Beschwerdeführerin zeige eine ausgeprägte Somatisierung und widersetze sich immer wieder, psychische Anteile zu erkennen. Sie zeige Auffälligkeiten im persönlichen, im

beziehungs mässigen wie auch im beruflichen Sinne. Seit der Ehetrennung bestehe ein gewisser sozialer Rückzug. Sie sei jedoch in der Lage erfüllend mit einer Nachbarin zu verkehren und stehe in unverbindlichen Beziehungen am Wohnort (S.

38 Mitte). Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine relevante komorbide psychische Störung im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung mittlerer Ausprägung. In Bezug auf die chronischen körperlichen Begleiterkrankungen sei auf den Konsens verwiesen. Es bestehe ein mehrjähriger chronifizierter Verlauf, undulierend, progredient seit dem Auszug aus dem ehelichen Haushalt. Sozial könne ein gewisser Rückzug seit dem Auszug aus dem ehelichen Haushalt konstatiert werden. Von einem primären Krankheitsgewinn könne nicht gesprochen werden. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage gewesen, von der integrativ-psychiatrischen Behandlung zu profitieren. Von einer eigentlichen Therapieresistenz könne somit nicht gesprochen werden (S. 39 unten). Bei der Beschwerdeführerin seien durchaus auch Ressourcen vorhanden, indem sie in der Lage sei, auch über weite

Strecken mit dem Auto zu fahren, im K. ___ alleine zu leben (das sei wie Ferien), nach der Ehe eine vorübergehende Beziehung einzugehen und im K. ___ neue Beziehungen einzugehen, zum Beispiel mit der Nachbarin (S. 40 oben). Der neurologische Teilgutachter führte aus, dass die Beschwerdeführerin ein umfangreiches Beschwerdebild beschreibe. Sie bringe ihre Beschwerden mit sehr hohem Leidensdruck zum Ausdruck, gepaart mit Verzweiflung und auch Wut über das Versagen der ärztlichen Diagnostik und Behandlung (S. 46 f.). Anlässlich der aktuell durchgeführten Abklärung zeige sich in der Untersuchung eine leicht rechtsbetonte Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, welche im spontanen Bewegungsverhalten jedoch nicht in Erscheinung trete. Ein radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom könne weder seitens der HWS noch seitens der LWS objektiviert werden (S. 48 f.). Es zeige sich anlässlich der aktuell durchgeführten neurologischen Untersuchung auch keine neurogene Störung der Gehfähigkeit, welche den Bedarf eines Elektrorollstuhls erklären würde (S. 49 unten). Der orthopädische Teilgutachter führte aus, dass die Anamneseerhebung erschwert sei, da die Beschwerdeführerin heute einen unstrukturierten Eindruck hinterlasse. Festzuhalten bleibe jedoch, dass sich gemäss den aufgeführten Befunden relativ wenig Pathologisches finden lasse. Die HWS sei in allen Ebenen frei beweglich, insbesondere auch im spontanen Verhalten ohne jegliche Einschränkung.

Der rechte Fuss zeige keine abnorme Instabilität oder Laxität, die Rückfussbeweglichkeit sei regelrecht und es fänden sich keine Inaktivitätszeichen. Hoch diskrepant sei die praktisch vollständige Entlastung des rechten Beines gegenüber einer symmetrischen Muskelumfangdifferenz im Bereich der unteren Extremitäten, was für eine relevante, nicht somatische Komorbidität spreche (S. 58 f.). Es könne festgehalten werden, dass sich insgesamt nie eine derart gravierende Pathologie finden lasse, welche die heute demonstrierte Invalidität aus somatischer Sicht begründen lassen würde. Erstaunlich sei auch, dass verschiedenste, gezielte Therapiemassnahmen keinerlei Erfolg gebracht hätten, respektive gleich überschattet worden seien von neu hinzugekommenen, anderweitigen Schmerzproblemen (S. 59 oben). Der handchirurgische Teilgutachter führte aus, dass sich bei der klinischen Untersuchung inspektorisch unauffällige Hände, Handgelenke und Unterarme beidseits gezeigt hätten (S. 62 unten). Die Aufforderung zum Faustschluss könne beidseitig vollständig nachvollzogen werden, auch die Fingerstreckung sei vollständig möglich, ebenfalls die Abspreizung und Anspreizung der Finger und Daumen. Dabei zeige sich eine gute und uneingeschränkte Beweglichkeit beider Daumen. Die gefundenen Bewegungsausmasse seien sämtliche sehr gut und nicht pathologisch (S. 63). Bis auf die beginnende STT Arthrose links mehr als rechts fänden sich keine definitiven pathologischen Befunde (S. 65 oben). Zusammenfassend sei festzuhalten, dass im Anschluss an den Verkehrsunfall vom 14. Dezember 2009 approximativ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von drei Monaten anzunehmen sei. Danach sei somatisch-neurologisch eine volle Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 20 % anzunehmen (S. 73 unten). Gesamtmedizinisch könne der Beschwerdeführerin in einer leichten bis intermittierend mittelschweren adaptierten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % attestiert werden bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen, dies seit Januar 2011 (S. 74 unten). 3.1 0

Dr. med. L. ___, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin nahm am 16. Januar 2014 Stellung (Urk. 6/151/8-9) und führte aus, dass die Beschwerdeführerin betreffend das Arbeitsfähigkeitsprofil bezogen auf die psychische Problematik auf klar strukturierte Tätigkeiten in ruhiger und emotional

spannungsarmer, kon strukturiver Atmosphäre angewiesen sei. 4. 4.1

Die jeweilige n A.____ - Teilgutachten in den Disziplinen Orthopädie (Urk. 6/148/109-121) , Handchirurgie (Urk. 6/148/122-131) und

Neurologie (Urk. 6/148/132-152)

basieren auf umfassenden Untersuchungen und wurden in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Den Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1. 4).

Der orthopädische Teilgutachter stellte schlüssig fest, dass sich insgesamt nie eine derart gravierende Pathologie habe finden lassen, welche die von der Beschwerdeführerin demonstrierte Invalidität aus somatischer Sicht begründen lassen würde. Aufgrund der Tatsache, dass sich im Bereich der verschiedenen Gelenke, respektive Schmerzlokalisationen nur diskrete Befunde erheben lassen würden, die angegebenen Beschwerden sich also nur zu einem sehr geringen Anteil objektivieren lassen würden, könnten auch keine für eine allfällige Arbeitsunfähigkeit relevante Diagnosen gestellt werden. Der Beschwerdeführerin seien aus orthopädischer Sicht leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten vollumfänglich zumutbar (S. 12).

Der handchirurgische Teilgutachter legte sodann plausibel dar, dass sich die deutlich geklagten Beschwerden beider Handgelenke bis auf eine beginnende STT Arthrose links betont nicht objektivieren liessen. Der Beschwerdeführerin seien leichte bis mittlere Tätigkeiten mit bis maximal zirka 10 kg Belastung mit beiden Handgelenken und Händen zu 100 % zumutbar (S. 8 f.).

Weiter machte der neurologische Teilgutachter in nachvollziehbarer Weise darauf aufmerksam, dass ein langjähriges komplexes Beschwerdebild mit Kopfschmerzen, multiplen Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates sowie Störungen der Blasen- und Darmtölerung bestehe und sich ein zervikokräniäres wie auch ein lumborädiokräniäres Syndrom weder anhand der klinischen Untersuchungsbefunde noch der in den Akten dokumentierten radiologischen und elektrophysiologischen Befunde objektivieren liessen (S. 19) . Aus neurologischer Sicht seien der Beschwerdeführerin körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten ohne vorwiegende einseitige Körperhaltung vollschichtig zumutbar. Aufgrund der Kopfschmerzproblematik mit derzeit relativ häufigen migräneformen Exazerbationen könne dabei eine Leistungseinschränkung von 20 % eingeräumt werden (S. 20).

4.2

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht ab Januar 2011 eine leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, adaptierte Tätigkeit bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitspensum zu 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 20 % zumutbar ist (vgl. auch Urk. 6/148/1-75 S. 73 f.).

5.

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