

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00042 vom 7. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00042](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00042)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00042 du 7 juin 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00042 del 7 giugno 2021

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1966, meldete sich am 9. Februar 2017 (Eingangsdatum) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 8/9). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte

den Arztbericht

des medizinischen Zentrums Y.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2017 ein ( Urk. 8/41). Am 9. August 2017 teilte sie der Versicherten mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustands zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien

( Urk. 8/44). Die IV-Stelle holte den weiteren Arztbericht des medizinischen Zentrums Y.\_\_\_\_ vom 31. März 2018 ein ( Urk. 8/63). Am 3. Mai 2018 ( Urk. 8/64) reichte die Versicherte den Arztbericht von Dr. med. Z.\_\_\_\_, FMH Praktische Ärztin und Fachärztin für Chirurgie, vom 9. April 2018 ( Urk. 8/65) ein. Sodann holte die IV-Stelle den Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2018 ein ( Urk. 8/66/1-8; unter Beilage diverser weiterer Arztberichte, Urk. 8/9 30). Schliesslich liess die IV-Stelle das polydisziplinäre Gutachten der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ vom 26. November 2018 erstellen ( Urk. 8/81). Am 12. Dezember 2018 nahm Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle zum Gutachten Stellung ( Urk. 8/86/6-7). Mit Vorbescheid vom 9. Januar 2019 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, dass sie den Anspruch auf eine Invalidenrente verneinen werde ( Urk. 8/87). Dagegen erhob X.\_\_\_\_ durch den Sozialdienst der Gemeinde C.\_\_\_\_ am 28. Februar 2019 Einwand, wobei sie darauf hinwies, dass sie sich stationär behandeln lassen werde und darum ersuche, das Verfahren bis zum Vorliegen des Austrittsberichts

der behandelnden Klinik zu sistieren ( Urk. 8/93). In der Folge war die Versicherte vom 1. Juli 2019 bis zum 2. August 2019 bei der D.\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. Die D.\_\_\_\_ AG erstattete am 23. August 2019 den Abschlussbericht ( Urk. 8/103). Am 2. Oktober 2019 nahm RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung ( Urk. 8/105/3-4). Mit Verfügung vom 2. Dezember 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab ( Urk. 2).

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der

Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2.1**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

#### **E. 1.2.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

#### **E. 1.3.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.3.2**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte

(sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen).

### **E. 1.3.3**

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

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anders lautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

### **E. 1.4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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. 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 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

### **E. 1.5**

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

mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisschwerbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

### **E. 1.6**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 2.

### **E. 2**

Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 2. Dezember 2019 (Urk. 2) aus, der Beschwerdeführerin seien körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten, vorzugsweise in einer staub- und rauchfreien Umgebung weiterhin zu 100 % zumutbar. Dadurch könne sie weiterhin ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen.

#### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid lediglich auf das Gutachten der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ vom 28. November 2018 und habe den Berichten der behandelnden Ärzte zu wenig Gewicht zuge messen. Die Ärzte des medizinischen Zentrums Y.\_\_\_\_ kämen nachvollziehbar zum Schluss, dass eine rezidivierende depressive Störung bestehe, welche seit einiger Zeit als mittelgradig einzustufen sei. Die Beschwerdeführerin könne deshalb ihre Alltagstätigkeiten nicht ohne Dritthilfe bewältigen. Aufgrund des grossen Leidensdrucks habe sie sich stationär

behandeln lassen. Sie habe zwar in einem gebesserten Zustand entlassen werden können, jedoch habe sich der Gesundheitszustand nicht verbessert. Auf das Gutachten könne deshalb nicht abgestellt werden und es sei der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente auszubezahlen. Sodann habe es die Beschwerdegegnerin auch unterlassen, Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. Die Beschwerdeführerin habe den Willen, an entsprechenden Massnahmen mitzuwirken, und es sei nicht nachvollziehbar, warum die Beschwerdegegnerin keine solchen eingeleitet habe (Urk. 1). 3.

### **E. 3**

Es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung mit der Unterzeichnenden zu gewähren.

#### **E. 3.1**

Gemäss dem provisorischen Austrittsbericht des Reha zentrums

F.\_\_\_\_ über den stationären Klinikaufenthalt der Beschwerdeführerin vom 4. April 2017 bis zum 7. Mai 2017 bestehen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (Urk. 8/20): 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren,

ICD 10 F45.41

2. Neuroendokrine Neoplasie linker Oberlappen, Erstdiagnose 12. April 2016 - TNM-Klassifikation: pT2a cNO

cM1a; VI; R0, UICC-Stadium IV - 13. Juli 2016 Thoraxkopische

Wedge-Resektion Lingula - PET CT Thorax/Abdomen vom 12. April 2016: Rundherd (9mm) linker Oberlappen mit marginaler metabolischer Aktivität, Nachweis weiterer intrapulmonaler Rundherde linker Unterlappen, keine mediastinale/hiläre

Lymphadenopathie - Verlaufs-CT Thorax vom 4. Juli 2016: grössenstationäre multiple bilaterale indetermierte Noduli, der grösste in der superioren

Lingula - Wedgeresektion Oberlappen links: Zwei Herde, einer davon subpleural einer neuroendokrinen Neoplasie mit Positivität für Synaptophysin und Chromogranin. Nachweis von Lymphgefässinbrüchen sowie einer Proliferation <5%. 3. Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig,

ICD-10 F33.1

#### **E. 3.2.1**

Laut dem Arztbericht des medizinischen Zentrums Y.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2017 (Urk. 8/41) bestehen bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig (ICD-10 F33.1), eine neuroendokrine Neoplasie linker Oberlappen, am ehesten typisches Karzinoid

(Erstdiagnose 12. April 2016) ein Asthma (Differentialdiagnose Asthma-COPD - Overlap Syndrom) sowie eine subtotale Ruptur SSP + Pertralruptur rechts + LBS Tenotomie + SAD (Diagnose Klinik G.\_\_\_\_, 20. Juni 2017). Die Beschwerdeführerin könne ihre bisherige Tätigkeit in einer Bäckerei nicht mehr ausüben, auch wegen der Lungenerkrankung, und ebenfalls nicht mehr im Reinigungsberuf. Es sei ihr nicht mehr möglich, die physischen Belastungen einer solchen Tätigkeit zu ertragen. Laut Einschätzung der Klinik G.\_\_\_\_ sei die Beschwerdeführerin aktuell und voraussichtlich für die nächsten 6 bis 9 Monate zu 100%

arbeits unfähig. Auch von der psychischen Seite her bestehe momentan eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei in einer deutlich ausgeprägten depressiven Stimmung. Die quälenden Schmerzen im Schulterbereich und die restlichen Schmerzen von der früheren Lungenoperation beeinflussten ihr Denken und Handeln massiv negativ. Die Müdigkeit, Erschöpfung und das Bedürfnis, sich immer mehr und öfter erholen zu müssen, beeinträchtigen deutlich ihre Funktionalität. Das demotiviere sie stark und führe zu Frustration und Verzweiflung. In den nächsten 9 bis 12 Monaten sei die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit unrealistisch.

### **E. 3.2.2**

Im Bericht vom 31. März 2018 (Urk. 8/63) hielt das medizinische Zentrum Y.\_\_\_\_ fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich deutlich verschlechtert. Sie sei zu 100 % arbeitsunfähig. Die Schmerzen und Kraftlosigkeit in den Händen und Schultern würden es ihr verunmöglichen, gross zu kochen und zu putzen. Ebenso wenig könne sie alleine ihre Haare waschen. Sie könne sich nicht schnell bewegen und habe massive Schwierigkeiten, auf steilen Wegen oder Treppen zu gehen. Der ständige Husten mache sie sehr müde und beanspruche viel Energie. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit werde nicht nur durch die massiven körperlichen Beschwerden verursacht, sondern auch durch den stark depressiven Zustand mit massiven Schlafstörungen. Im geschützten Rahmen mit sitzender, einfacher Arbeit ohne physische Belastungen sei eine Beschäftigung eventuell möglich.

### **E. 3.3**

Laut dem Arztbericht der Hausärztin Dr. Z.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2018 (Urk. 8/66/1-8) bestehen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (Urk. 8/66/7-8):

Symptomatische Daumensattelgelenksarthrose rechts Stadium II nach Eaton Milde Tendo vaginitis stenosa

Dig 3 und 4 rechts Stadium I

Aktuell: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren 1.  
Chronische Obstipation - Rektosigmoidoskopie

8. August 2016: kleine Rektummukosa zur Prolaps, Analfissur 6 Uhr in SSL, erhöhter analer Sphinktertonus

- Status nach Botox-Injektion, Status nach

Nifedipin

Metronidazol Creme - Stuhlregulation 2. Epigastrische Schmerzen DD funktionell:

Gastroskopie 30. September 2016: - vereinzelte Erosionen im Magen, Antrum, Helicobacter negativ, normale Duodenalbiopsie - Status nach Resektion eines benignen Lungentumors anamnestisch 3. Neuroendokrine Neoplasie links Oberlappen am nächsten Liebscher Carcinoid,

Erstdiagnose 12. April 2016 - TNM-Klassifikation: pT2 ACN0 CM1A VI R0 UICC Stadium IV - PCT Thorax Abdomen vom 12. April 2016: Rundherd 9mm linker Oberlappen mit marginaler metabolischer Aktivität. Nachweis weiterer intrapulmonaler Rundherd linker Unterlappen, keine mediastinale Hiläre

Lymphadenopathie - Verlauf CT Thorax 4. Juli 2016: grössenstationäre multiple Noduli, der grösste in der superioren

Lingula - thorakoskopische

Wedge - Resektion innerhalb der Lingula am 13. Juli 2016

#### **E. 3.4**

Laut dem polydisziplinären Gutachten (Innere Medizin, Herz- und thorakale Gefässchirurgie, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie) der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ vom 26. November 2018 bestehen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (Urk. 8/81/8-9):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: • Rotatorenmanschettenpartialruptur rechtes Schultergelenk • Leichtgradige Daumensattelgelenkreuzung rechts • Neuroendokrine Neoplasie linker Lungenoberlappen (DD Karzinoid), Erst diagnose April 2016, thorakoskopische Resektion am 13. Juli 2016 • Asthma bronchiale DD COPD-Overlap-Syndrom

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: • Angststörung, am ehesten Agoraphobie, derzeit ohne Panikstörung (ICD

#### **E. 3.5**

RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 12. Dezember 2018 (Urk. 8/86/6-7) fest, das Gutachten der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ sei plausibel und nachvollziehbar. Es könne darauf abgestellt werden. Laut dem Gutachten sei der Beschwerdeführerin keine Arbeitstätigkeit in ausserhalb der Norm temperierten Räumen und mit dem Umgang von staubhaltigen oder inhalativ reizenden Substanzen zumutbar. Sitzende oder wechselhaltige Tätigkeiten ohne stärkere körperliche Belastungen, vorzugsweise in einer staub- und rauchfreien Umgebung seien der Beschwerdeführerin in dagegen zumutbar. In Frage kämen überwiegend leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne häufigen Armeinsatz (rechter Arm) über der Horizontalen. In der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin einer Bäckerei und Reinigungskraft sei die Beschwerdeführerin seit dem 2. Juni 2016 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin von Juni bis Dezember 2017 (Schulteroperation) zu 100% arbeitsunfähig gewesen. In der übrigen Zeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit. Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands sei nicht zu erwarten.

#### **E. 3.6**

Laut dem Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ AG vom 23. August 2019 (Urk. 8/103) bestehen bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine Schlafstörung, nicht näher bezeichnet (G47.9), eine benigne essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise, aktuell unbehandelt (I10.00), ein Diabetes mellitus, Typ 2, ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet, HbA1c: 5.8% unter OAD (E11.90), ein Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet (E55.9), ein Asthma bronchiale, DD: COPD - Overlap - Syndrom (J45.9), eine chronische Obstruktion, kleiner Rektummukosarolaps, Analfissur, erhöhter analer Sphinctertonus (Rektosigmoidoskopie 08/16) (K59.0), ein Sodbrennen, vereinzelte Erosionen im Magen-Antrum (Gastroskopie 09/16) (R12), eine chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet (J32.9), eine klimakterische Störung, Hitzewallungen (N95.9), eine Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr, Adipositas Grad I (WHO) (E66.00), eine neuroendokrine Neoplasie linker Oberlappen ED 04/16, UICC-Stadium IV, grössenstationäre multiple bipulmonale indeterminierte Noduli, der grösste in der superioren

Lingula 07/16, Status nach thorakoskopischer WEDGE, Resektion innerhalb der Lingula 07/16 sowie eine PASTA-Läsion mit instabiler LBS und subacromialem Impingement Schulter rechts, Status nach Schulterarthroskopie rechts mit LBS Tenotomie, Debridement PASTA, Läsion ventraler Kapsulotomie , subacromialer

Bursektomie und Acromioplastik 06/17. Die Beschwerdeführerin sei freiwillig und auf Zuweisung ihrer behandelnden Psychiaterin in die Klinik eingetreten. Diagnostisch gehe man von einer mittelgradigen depressiven Episode sowie einer Tendenz zur Somatisierung aus. Leider hätten sich die somatischen Beschwerden trotz Änderung der Medikation nicht ausschlaggebend verbessert. Es sei der Beschwerdeführerin im Verlauf der stationären Behandlung gelungen, einen besseren Zugang zu ihrer Schmerzsymptomatik zu erhalten. Sie habe wieder mehr Selbständigkeit entwickeln können. Sie habe in gebessertem Zustand bezüglich der Depression in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen werden können. Eine innere Ungewissheit und Ängstlichkeit habe persistiert bezogen auf die Frage, wie es daheim gelingen und wie sich der gesundheitliche Zustand entwickeln werde.

### **E. 3.7**

RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_

hielt in der Stellungnahme vom 2. Oktober 2019 (Urk. 8/105/3-4) fest, es werde von der D.\_\_\_\_ AG nebst über 12

somatischen Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradig diagnostiziert. Es würde zwar über panikartige Angstzustände berichtet, diese jedoch nirgends diagnostiziert. Die Diagnose werde durch den psychopathologischen Befund nicht bestätigt, sondern das Vorliegen einer Angststörung. Es könne somit an der RAD-Stellungnahme vom 12. Dezember 2018 festgehalten werden.

### **E. 3.8**

Im Bericht vom 13. Dezember 2019 (Urk. 8/108) übernahmen die Fachpersonen des medizinischen Zentrums Y.\_\_\_\_ die von den Ärzten der D.\_\_\_\_ AG im Bericht vom 23. August 2019 gestellten Diagnosen. Zur Arbeitsfähigkeit erklärten sie, aufgrund der seit 2017 bestehenden chronifizierten Symptomatik sei die Prognose trotz erreichten Fortschritten in der Therapie schwierig und eine Arbeitsintegration erscheine als eher unwahrscheinlich. 4.

### **E. 4**

. Rezidivierende depressive Störung , aktuell mittelgradig

### **E. 4.1**

Das umfangreiche polydisziplinäre Gutachten der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ vom 26. November 2018 (Urk. 8/81) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.4). Es beruht auf sorgfältigen, umfassenden internistischen, herz- und thorakalgefäßchirurgischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage abgegeben. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt daher grundsätzlich volle

Beweiskraft zu.

#### **E. 4.2**

Wie bereits festgehalten (E. 1.3.3) ist in Bezug auf die Berichte der behandelnden Ärzte die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Der Beschwerdeführerin ist aber darin beizupflichten, dass die Beurteilungen der behandelnden Ärzte nicht grundsätzlich ausser Acht gelassen werden dürfen. Ohne sich jedoch im Detail mit dem Gutachten der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ auseinander zu setzen, bezeichnet sie dessen Beurteilung in psychiatrischer Hinsicht als nicht nachvollziehbar, wogegen die von den Ärzten des medizinischen Zentrums Y.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung nachvollziehbar sei (Urk. 1 S. 7). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es im psychiatrischen Kontext ohnehin grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf ankommt, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische

Befund und der Schweregrad der Symptomatik (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_59/2016 vom 6. Januar 2017 E. 6.1).

#### **E. 4.3**

Das Gutachtenstelle A.\_\_\_\_-Gutachten setzt sich ausreichend mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte auseinander. Es verweist darauf, dass im eigenen, AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund keine erheblichen Beeinträchtigungen zu objektivieren waren, insbesondere waren Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit – diskrepanz zum Beschwerdevortrag – nicht namhaft gestört. Eine affektive Erkrankung war somit nicht ICD 10-konform zu diagnostizieren. Der psychiatrische Gutachter der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_, Dr. med. H.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte eine Angststörung, am ehesten Agoraphobie, derzeit ohne Panikstörung (ICD-10 F40.00). Eine darüber hinausgehende psychiatrische Erkrankung konnte er nicht feststellen. Er beurteilte die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht als voll arbeitsfähig (Urk. 8/81/172). Bezüglich der abweichenden Einschätzung des medizinischen Zentrums Y.\_\_\_\_ verweist das Gutachtenstelle A.\_\_\_\_-Gutachten darauf, dass dessen psychiatrische Bewertung einerseits eine fach-immanente Diagnose (Depression) stelle, andererseits aber auch auf fachfremde somatische Diagnose abstelle. Eine aktenkundige Bestätigung der psychiatrisch fachfremden Bewertungsanteile in der zitierten Einschätzung finde sich aber nicht. Diese könnten zwar eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit begründen, nicht aber eine generelle Arbeitsunfähigkeit. Die weitere aktenkundige psychiatrische Diagnose seitens der Hausärztin Dr. Z.\_\_\_\_ (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) widerspreche wiederum der aktenkundigen psychiatrischen Bewertung einer gravierenden Depressivität. Letztlich wirke die Beschwerdeführerin zudem auch nicht konsistent schmerzgeplagt und ein mit dem Schmerzbeginn assoziierter seelischer Konflikt sei nicht herauszuarbeiten, die Achsenkriterien einer psychogenen Schmerzstörung seien nicht als erfüllt anzusehen (Urk. 8/81/5-6). Insgesamt erscheint die Beurteilung im

Gutachtenstelle A.\_\_\_\_-Gutachten damit als nachvollziehbar und der Gutachter vermag auch aufzuzeigen, warum im Gegensatz dazu die Beurteilungen der behandelnden Ärzte weniger plausibel sind. 5.

## **E. 5**

. Asthma DD Asthma - COPD - Overlap - Syndrom - nicht reversible Obstruktion als Nie-Raucherin - Asthma in der Kindheit, anamnestisch vermindert er Geruch und Geschmacks minderung - paradoxe Reaktion auf Betastimulation mit Verschlechterung der Obstruktion und Husten

### **E. 5.1**

Da grundsätzlich bei sämtlichen psychischen Erkrankungen das strukturierte Beweisverfahren durchzuführen ist, ist im Folgenden zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechts erheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen .

### **E. 5.2**

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist festzuhalten, dass die erhobenen objektiven Befunde und Symptome einer psychischen Erkrankung nicht besonders ausgeprägt erscheinen. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. H. \_\_\_ wirkte die Beschwerdeführerin im Gespräch äusserlich ruhig, darunter angespannt. Sie berichtet e mit reichlicher Sprachproduktion ohne Antwortlatenz und mit intakter Sprachmelodie. Mimik und Gestik wirkten unbeeinträchtigt. Der Rapport war insgesamt geordnet und musste nicht strukturiert werden. Die Beschwerdeführerin wirkte psychisch allen falls leichtgradig beeinträchtigt. Im Gespräch wurde der Augenkontakt gehalten, der weitere Kontakt gestaltete sich hinreichend freundlich und auskunftsbereit. Anhalt für Bewusstseinsstörungen bestand nicht, die Beschwerdeführerin war zu allen Seiten voll orientiert. Konzentration und Aufmerksamkeit waren unauffällig ( Urk. 8 / 8 1/170). Auch während des stationären Aufenthalts in der D. \_\_\_ AG vom 1. Juli bis zum 2. August 2019 zeigte sich die Beschwerdeführerin vollständig orientiert. Es bestanden lediglich leichte Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen sowie subjektive Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Formal war die Beschwerdeführerin gedanklich leicht verlangsamt, inhaltliche Denkstörungen zeigte sie aber nicht. Sinnestäuschungen und Ich-Störungen waren nicht eruierbar . Im Vordergrund stand nicht die psychische, sondern die somatische Symptomatik. Die Beschwerdeführerin konnte ausserdem in gebessertem Zustand entlassen werden , es gelang mithin durchaus, einen gewissen Behandlungserfolg zu erzielen (Urk. 8/103/3-4). Eine Behandlungsresistenz ist damit zu verneinen.

Ressourceneinschränkende Komorbiditäten aus dem somatischen Bereich sind jedoch vorhanden. Es wurden bei der Beschwerdeführerin zahlreiche somatischen Diagnosen gestellt, an einer schweren Krankheit leidet sie aber nicht. Es ist damit zwar von einer erheblichen Gesundheitsschädigung auszugehen, besonders ausgeprägt erscheint diese aber nicht.

Sodann ist zum Komplex «Persönlichkeit» festzuhalten, dass keine Hinweise auf eine genetische Vulnerabilität oder Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen ausgemacht werden können. Die Beschwerdeführerin ist Mutter zweier inzwischen erwachsener Kinder. Sie war in der Lage, sich um die Erziehung der Kinder und den Haushalt zu kümmern und konnte daneben auch jahrelang eine Erwerbstätigkeit ausüben ( Urk. 8/81/168-169).

Hinsichtlich des Komplexes «Sozialer Kontext» ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin über ein intaktes familiäres und soziales Umfeld verfügt. Wohl wurde

ihre Ehe geschieden und sie lebt aktuell in keiner neuen Partnerschaft. Sie wohnt aber mit ihrer Tochter zusammen und hat auch zu ihrem Sohn regelmässigen Kontakt. Ebenso pflegt sie Kontakte zu ihren sechs Geschwistern. Da diese in I.\_\_\_\_ und teilweise in J.\_\_\_\_ leben, finden die Kontakte vor allem telefonisch statt. Die Beschwerdeführerin verfügt ausserdem auch über einen Freundes- und Bekanntenkreis und hat guten Kontakt zu zwei Nachbarinnen. Mit diesen trifft sie sich im Café oder geht mit ihnen spazieren. Sodann besucht die Beschwerdeführerin das Krafttraining und die Wassertherapie. Obwohl sie über den Fahrausweis verfügt, fährt sie nicht mit dem Auto, kann sich aber mit dem öffentlichen Verkehr fortbewegen (Urk. 8/81/168-169). Insgesamt verfügt die Beschwerdeführerin über ein intaktes soziales Umfeld mit mobilisierbaren Ressourcen.

### **E. 5.3**

Zum Aspekt der «Konsistenz» ist darauf hinzuweisen, dass sich Inkonsistenzen hinsichtlich der reklamierten Schmerzen und psychischen Beeinträchtigungen einerseits und den objektiven Befunden andererseits ergeben (Urk. 8/81/9). Die Beschwerdeführerin verfügt über eine intakte Alltagsselbständigkeit, welche darauf hindeutet, dass es ihr grundsätzlich möglich sein sollte, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

### **E. 5.4**

Auch mittels strukturierten Beweisverfahren lässt sich mithin eine funktionelle Auswirkung der von der Beschwerdeführerin in geklagten psychischen Beschwerden nachweisen. Es ist damit gestützt auf das Gutachten der A.\_\_\_\_-Gutachten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit in einer staub- und rauchfreien Umgebung und ohne Kälte- oder Hitzeexposition zu 100 % arbeitsfähig ist. 6.

Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin einer Hilfsarbeitertätigkeit in einer Bäckerei nachgehen würde (Urk. 8/85). Nach Eintritt des Gesundheitsschadens steht ihr weiterhin eine breite Palette an Hilfsarbeiten offen, welche sie ausüben kann. Für die Bestimmung des Valideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin auf die Tabellenlöhne (LSE 2016, TA1 Ziff. 10-11 Frauen, Kompetenzniveau 1) abgestellt

und so ein Valideneinkommen von Fr. 54'122.75 berechnet. Dieses Einkommen liegt etwas über dem, welches die Beschwerdeführerin an ihrer letzten Stelle als Hilfsarbeiterin in einer Bäckerei verdiente (Urk. 8/14, Urk. 8/85). Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin ebenfalls auf der Grundlage der Tabellenlöhne (LSE 2016, TA1, Total Frauen, Kompetenzniveau 1) festgelegt, ohne einen Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren (vgl. dazu E. 6.2 nachfolgend), womit ein Invalideneinkommen von Fr. 54'799.45 resultierte (Urk. 2, Urk. 8/85). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Daraus ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin mit den ihr noch offen stehenden Tätigkeiten grundsätzlich ein gleich hohes Erwerbseinkommen wie bisher erzielen kann. Eine gesundheitsbedingte Erwerbseinbusse ist damit zu verneinen. Der Invaliditätsgrad beläuft sich auf 0%. Anzuführen ist, dass auch bei Vornahme des maximal zulässigen Abzugs vom Tabellenlohn von 25% (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40% resultieren würde.

7.

Soweit die Beschwerdeführerin den Antrag stellt, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin darüber in der angefochtenen Verfügung nicht entschieden hat. Mangels Anfechtungsgegenstands ist deshalb diesbezüglich auf die Beschwerde nicht einzutreten, da grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich Stellung genommen hat (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a). Der Beschwerdeführerin bleibt es unbenommen, sich in Bezug auf die Gewährung von Eingliederungsmassnahmen erneut bei der Beschwerdegegnerin zu melden. 8.

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Beschwerde abzuweisen ist, soweit auf sie einzutreten ist. 9. 9.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 9) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 9.2

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin reichte dem Gericht am 16. März 2020 (Urk. 11) die Honorarnote ein, welche einen Aufwand von 8.5

Stunden sowie Barauslagen von pauschal Fr. 76.50 ausweist. Der geltend gemachte zeitliche Aufwand scheint den Umständen des Falles angemessen, es besteht hingegen kein Grund, um vom gerichtlichen Ansatz von Fr. 220.-- pro Stunde zuzüglich Mehrwertsteuer abzuweichen. Die Barauslagen sind antragsgemäss pauschal mit 3 % zu vergüten. Dementsprechend ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin mit Fr. 2'074.40 (inkl. MWSt und Barauslagen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

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

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Nadja Hirzel, Zürich, wird mit Fr. 2'074.40 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Nadja Hirzel -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 Der Gerichtsschreiber HurstBrügger

## **E. 6**

Status nach PASTA-Läsion mit instabiler LBS und subcromi alem

Impingement Schulter rechts bei subtotaler SSP-Sehnenruptur mit Partial läsion der LBS und sub cromialem

Impingement rechts am 23. Juni 2017 bei - Status nach Verkehrsunfall vor ca. 10-15 Jahren in I.\_\_\_\_

## **E. 7**

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel des rechten hinteren Bogenganges - chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp DD sekundär bei MR-tomographisch nachgewiesener Pansinusitis ( cMRI vom 7. August 2017)

Der Beschwerdeführerin sei die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht mehr zu mutbar. Die Prognose sei schlecht. Eine Wiedereingliederung in eine Erwerbstätigkeit sei eher unwahrscheinlich.

## **E. 10**

F40.00) • Prädispositas

• Verdacht auf arterielle Hypertonie • Chronische Obstipation, Hämorrhoiden • Epigastrische Schmerzen DD funktionell, NSAR • Aktenanamnestisch benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel des hinteren rechten Bogenganges • Chronische Spannungskopfschmerzen DD sekundär bei MR-tomographisch nachgewiesener Pansinusitis (CMRI vom 7. August 2017)

Die orthopädischen Befunde und der postoperative pulmonale Status sowie das Asthma/Overlap - Syndrom würden eine reduzierte körperliche Belastbarkeit bedingen. Die Biographie sowie die weitere psychiatrische Exploration ergäben keinen Anhalt für eine in Kindheit oder Jugend beginnende, psychische und das Verhalten mit namhaften negativen sozialen Folgen störende Auffälligkeit. Belastungsfaktoren mit funktioneller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen nicht vor. Es ergäben sich Inkonsistenzen hinsichtlich der reklamierten Schmerzen und psychischen Beeinträchtigungen einerseits und den objektiven Befunden andererseits (kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck, kein namhaft psychisch gestörter Eindruck). In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % .

Internistisch sei aufgrund der obstruktiven Lungenerkrankung auf eine Arbeits tätigkeit in ausserhalb der Norm temperierten Räumen und auf den Umgang mit staubhaltigen oder inhalativ reizenden Substanzen zu verzichten ( Urk. 8/81/42 44). Den Einschränkungen der Beschwerdeführerin optimal ange passt sei eine sitzende oder wechselnde Tätigkeit ohne stärkere körperliche Belastungen (Urk. 8/81/82). Zu vermeiden seien häufige Tätigkeiten

mit dem rechten Arm über Kopf und mit hohem Kraftaufwand für den rechten Arm (Urk. 8/81/145-146). Aus neurologischer Sicht bestünden keine relevanten Beschwerden (Urk. 8/81/109 -112). Ebenso sei keine psychiatrische Erkrankung mit invalidisierenden Funktionseinschränkungen zu attestieren. Es sei eine zwar belastete, jedoch weitgehend unauffällige psychosoziale Entwicklung zu verzeichnen. Es schienen eine hinreichende soziale und familiäre Anbindung und Alltagsselbständigkeit als Hinweis für intakte Ressourcen auf (Urk. 8/81/173 177).

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