

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00843 vom 4. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00843

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00843 du 4 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00843 del 4 giugno 2021

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zu mutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Ver lust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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 betä ti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, er halten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min des tens 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 Vier telsrente, 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. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psy chi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

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 rentenbe gründenden 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 beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.5

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 ist einerseits bei einer offensichtlich psychosozialen Genese der nicht überwiegend wahrscheinlich verselbständigten psychischen Beschwerden entbehrlich (Urteile des Bundesgerichts 9C_171/2020 vom 12. Mai 2020 E. 5.2, 9C_32/2018 vom 26. März 2018 E. 2.3 und 9C_755/2018 vom 9. Mai 2019 E. 4.2.6). Andererseits ist von der Prüfung der Standardindikatoren rechtsprechungsgemäss dann abzu sehen, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer Weise verneint wird, und allfällig gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E. 7 und 143 V 409 E. 4.5.3). Sodann ist in aller Regel ein strukturiertes

Beweisverfahren insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, nicht erforderlich (Urteile des Bundesgerichts 8C_62/2020 E. 4.3 und 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 ; BGE 143 V 409 E. 4.5.3).

E. 1.6

Gemäss dem in Art. 27 bis Abs. 2–4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) per 1. Januar 2018 eingeführten neuen Berechnungsmodell für die Festlegung des Invaliditätsgrads von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG) werden der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich weiterhin summiert (Art. 27 bis Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Art. 27 bis Abs. 3 lit. a IVV) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die versicherte Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (Art. 27 bis Abs. 3 lit. b IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 3 lit. b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27 bis Abs. 4 IVV). 1.

E. 1.8

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspriechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.9

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung,

Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtssprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle dies wegen des Revisionsergebnisses gestützt auf Art. 74 ter lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.10

). Denn die Gutachter, welche als Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, für Neurologie, für Rheumatologie und für Psychiatrie und Psychotherapie über die für die Beurteilung der somatischen und der psychischen Komponente des Beschwerdebildes, unter welchem die Beschwerdeführerin leidet, angezeigten fachärztlichen Aus- und Weiterbildungen verfügten, hatten Kenntnis sämtlicher massgeblicher medizinischer Vorakten, setzten sich in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründeten ihre Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise.

E. 2

) erhob die Versicherte mit Eingabe vom 3. Dezember 2020 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Sache zu ergänzender Sachverhaltsabklärung (insbesondere einer Begutachtung) an die IV-Stelle zurückzuweisen; eventuell sei ihr für die Zeit vom 1. September 2016 bis mindestens Januar 2018 eine volle Rente zuzusprechen (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2021 (Urk. 7) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, wovon der Beschwerdeführerin am 5. Februar 2021 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 3. November 2020 (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Umfang eines Arbeitspensums von 60% eine Erwerbstätigkeit als Floristin ausüben würde und im restlichen Umfang von 40% im anerkannten Aufgabenbereich des Haushalts tätig wäre, und dass ihr aus gesundheitlichen Gründen die Ausübung einer angepassten Erwerbstätigkeit im Umfang eines Arbeitspensums von 80% zuzumuten sei (S. 2). Da im erwerblichen Bereich eine Einschränkung von 22% und im Aufgabenbereich des Haushalts eine solche von 6% bestehe, resultiere ein Gesamtinvaliditätsgrad von 16%, weshalb ein Rentenanspruch nicht ausgewiesen sei (S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte hiergegen vor, dass auf das polydisziplinäre Gutachten vom 20. Dezember 2019 nicht abgestellt werden könne (Urk. 1 S.

4 ff.). Sodann vermöge das Gutachten auch hinsichtlich der Beurteilung der Einschränkungen in den im Haushalt anfallenden Tätigkeiten nicht zu überzeugen, weshalb die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin

zurückzuweisen sei. Eventuell sei ihr mindestens für die Zeit vom 1. September 2016 bis Januar 2018 eine Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 7). Denn gemäss der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte habe während dieses Zeitraumes eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 80 % bis 100 %

bestanden (Urk. 1 S. 8). 3. 3.1

Nach Erlass der rentenverneinenden Verfügung vom 4. Juli 2011 (Urk. 8/ 110) meldete sich die Beschwerdeführerin am 11. Januar 2016 (Urk.

E. 7

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 7.2

Während in psychischer Hinsicht die Ärzte der Psychiatrischen Klinik I.____ in ihrem Bericht vom 29. Juni 2017 (vorstehend E. 6.6) davon ausgingen, dass die Beschwerdeführerin unter einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei einem Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitszüge gelitten habe, ging Dr. L.____ in ihrem Bericht vom 10. Mai 2019 (vorstehend E. 6.9) davon aus, dass die Beschwerdeführerin unter einer rezidivierenden depressiven Episode und unter akzentuierten Persönlichkeitszügen sowie unter Problemen in der Beziehung zu ihrem Ehepartner gelitten habe. Demgegenüber gingen die Ärzte der U.____ in ihrem Gutachten vom 20. Dezember 2019 (vorstehend E. 6.12) davon aus, dass die Beschwerdeführerin unter einer gegenwärtig remittierten rezidivierenden depressiven Störung und unter instabilen Persönlichkeitszügen leide. Während die Ärzte der Psychiatrischen Klinik I.____

der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 15. Dezember 2015 bis 29. April 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit attestierten (vorstehend E. 6.6), vertrat Dr. L.____ die Ansicht, dass vom 9. Juni bis 10. September 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und vom 11. September 2017 bis 31. Januar 2018 eine solche von 80 %

bestanden habe (vorstehend E. 6.9) . Demgegenüber erachteten die Gutachter des

U.____ (vorstehend E. 6.12) eine dauerhafte massgebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen als nicht ausgewiesen, und waren der Ansicht, dass die Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht auch in Bezug auf Haushaltstätigkeiten nicht eingeschränkt sei, und dass ihr aus psychiatrischer Sicht die Ausübung klar strukturierter Tätigkeiten, ohne Übernahme einer Verantwortung , ab September 2015 ohne Einschränkungen zuzumuten gewesen sei.

E. 7.3.1

Das Gutachten der Ärzte des U.____ vom 20. Dezember 2019 (vorstehend E. 6.12) erfüllt die praxisgemässen Anforderungen für eine beweiskräftige medizinische Entscheidunggrundlage (vgl. vorstehend E.

E. 7.3.2

In somatischer Hinsicht vermag zu überzeugen, dass die Gutachter davon ausgingen, dass die Beschwerdeführerin durch ein multilokuläres Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren bei einem chronischen

Zervikalsyndrom mit degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS, bei einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS und bei einem TOS sowie durch muskuläre Dysbalance am Schultergürtel und durch eine chronische Epicondylopathia

humeri

radialis in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt werde. Sodann vermag zu überzeugen, dass die Gutachter davon ausgingen, dass der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht ab September 2015 die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Floristin im Umfang eines Pensums von 60 % sowie die Ausübung einer angepassten, wechselbelastenden, ohne vorwiegend einseitige Körperhaltung, ohne schwere und häufig mittelschwere körperliche Belastungen, ohne repetitive Arbeiten in elevierter und hyperabduzierter Armhaltung und ohne andauernde manuelle Belastung ab September 2015 im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % zuzumuten sei.

E. 7.3.3

), davon auszugehen, dass es bei der

von Dr. Q.____

am 10. März 2020 (vorstehend E. 6.15) erstmals diagnostizierten kleinen axialen Hiatushernie lediglich um die diagnostische Einordnung einer seit Jahren bekannten Refluxkrankheit beziehungsweise von deren Ursachen handelt und nicht um ein neu aufgetretenes Leiden. In Übereinstimmung mit der erwähnten

Stellungnahme von Dr. S.____

vom 8. Oktober 2020 (vorstehend E. 6.17) ist zudem davon auszugehen, dass die Gutachter des

U.____ Kenntnis des

Refluxleidens der Beschwerdeführerin hatten, diese aber nicht als ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigend erachteten. Der Beurteilung durch Dr. R.____, wonach erfahrungsgemäss in der Regel von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %

bis 50 % auszugehen sei, fehlt es daher an einer nachvollziehbaren Begründung und sie vermag die anderslautende Beurteilung durch die Gutachter des U.____ nicht in Zweifel zu ziehen. Zudem gilt es in Bezug auf die Beurteilung durch Dr. R.____ die Erfahrungstatsache zu beachten, wonach Hausärzte und behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen dürften (Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2012 vom 27. Juni 2012 E. 3.3.2; BGE 135 V 465 E. 4.5). Demzufolge kann auf die Beurteilung durch Dr. R.____

vom 13. Juni 2020 vorliegend nicht abgestellt werden.

E. 7.3.4

In psychischer Hinsicht vermag zu überzeugen, dass die Gutachter des

U.____ in ihrem Gutachten davon ausgingen, dass die Beschwerdeführerin, welche alltägliche Termine wahrnehmen, Routinen einhalten und den Tag strukturieren könne, welche über Flexibilität, über Urteils- und Entscheidungsfähigkeit verfüge und ihre fachlichen Kompetenzen anwenden könne ,

nicht unter einer depressiven Störung leide beziehungsweise

dass sie davon ausgingen, dass die in der Vergangenheit (vor September 2015) bestehende depressive Störung remittiert sei. Korrekterweise klammerten die Gutachter diejenigen Symptome und Beschwerden, welche sie auf eine

im Vordergrund stehende

psychosoziale Belastungssituation im Sinne von sozialen Konflikten in der Familie und Ehe zurückführten, bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung aus. Denn diesbezüglich gilt es zu beachten, dass nach der Rechtsprechung ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nicht vorliegt, wenn die erhobenen psychischen Befunde in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und gleichsam in ihnen aufgehen (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2), und dass demzufolge soziale Belastungen, die direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern sind (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_582/2017 vom 22. März 2018 E. 5, 8C_746/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.2 und 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.1). Es wurde sodann schlüssig dargelegt, dass der Beschwerdeführerin, welche ausschliesslich unter akzentuierten, emotional instabilen Persönlichkeitszügen

beziehungsweise unter

einer labilen Persönlichkeitskonstellation mit einer Tendenz zu affektiven Schwankungen im Rahmen einer psychosozial belastenden Situation leide, die Ausübung einer angepassten, klar strukturierten Tätigkeit, ohne die Übernahme von Verantwortung, im vollzeitlichen Umfang, ohne Einschränkungen, zuzumuten sei.

E. 7.3.5

Insgesamt erscheint die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte des U.____, wonach der Beschwerdeführerin seit September 2015 die Ausübung einer angepassten, wechselbelastenden, klar strukturierten Tätigkeit, ohne Übernahme von Verantwortung, ohne vorwiegend einseitige Körperhaltung, ohne schwere und häufig mittelschwere körperliche Belastungen, ohne repetitive Arbeiten in elevierter und hyperabduzierter Armhaltung und ohne andauernde manuelle Belastung im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % zuzumuten sei, als nachvollziehbar. Davon ist auszugehen.

E. 7.4

Nicht zu überzeugen vermag indes die Beurteilung durch Dr. M.____ vom 6. Mai 2019 (vorstehend E. 6.10), da sich dieser keine nachvollziehbare Begründung für die darin postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit auf Grund einer Schmerzsymptomatik entnehmen lässt. Insbesondere geht daraus nicht hervor, inwiefern und auf welche Art und Weise die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen in ihrem funktionellen Leistungsvermögen eingeschränkt sein sollte. Mangels einer nachvollziehbaren Begründung kann auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch Dr. M.____

vorliegend daher nicht abgestellt werden.

E. 7.5

Des Gleichen ist auch der Beurteilung durch Dr. R.____ vom 13. Juni 2020 (vorstehend E. 6.16) keine nachvollziehbare Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zu entnehmen. Denn insoweit dieser darin postulierte, dass es sich bei der neu festgestellten

Hiatushernie

um ein neu aufgetretenes, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes Leiden handle, widerspricht dessen Beurteilung der Aktenlage. Denn auf Grund der Akten ist, wie bereits erwähnt (vorstehend E.

E. 7.6

Nicht zu überzeugen vermögen sodann die Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen durch die Ärzte der Klinik G.____ vom 10. Juni 2016 (vorstehend E. 6.3) und vom 9. Februar 2017 (vorstehend E. 6.4). Denn diesen Beurteilungen lässt sich keine nachvollziehbare Begründung der darin festgestellten vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen entnehmen. Zudem ist darauf hin zu weisen, dass die Ärzte der Klinik G.____, welche davon ausgingen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin insbesondere durch Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung beeinträchtigt werde, in ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu einem grossen Teil auf die psychosozialen Belastungsfaktoren abstellten.

E. 8

/160/6-8) davon aus, dass die Beschwerdeführerin unter einer leichten depressiven Episode leide (S. 2). Dabei handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um keinen die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkenden Gesundheitsschaden. Vielmehr sei die depressive Episode von verschiedenen behandelnden Ärzten als leichtgradig und teilremittiert beurteilt worden. Es seien zudem erhebliche psychosoziale Belastungssituationen festgestellt worden (S. 3). Der Beschwerdeführerin sei die Ausübung einer angepassten, zeitlich flexiblen Tätigkeit ohne permanenten Zeit- und Termindruck, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen, in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre, mit nur geringem Publikumsverkehr, zunächst im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % und anschliessend, bei weiterhin positivem Krankheitsverlauf und zunehmender Adaptierung am Arbeitsplatz, im vollzeitlichen Umfang zuzumuten (S. 2). 6.9

Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, erwähnte in ihrem Bericht vom 10. Mai 2019 (Urk. 8/178), dass sie die Beschwerdeführerin vom 9. Juni 2017 bis 20. Juli 2018 behandelt habe (Ziff. 1.1), und stellte die folgenden Diagnosen (Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Episode (F33.1) - akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73) - Probleme in Beziehung zum Ehepartner (Z63)

Die Ärztin erwähnte, dass die Beschwerdeführerin vom 9. Juni bis 10. September 2017 im Umfang von 100 % und vom 11. September 2017 bis 31. Januar 2018 im Umfang von 80 % arbeitsunfähig gewesen sei (Ziff. 1.3). 6.10

Dr. med. M.____, Facharzt für Anästhesiologie, Spital J.____, stellte in seinem Bericht vom 6. Mai 2019 (Urk. 8/179/7-10) die folgenden Diagnosen (S. 1): - chronisches, generalisiertes muskuloskelettales Schmerzsyndrom vom Typ Fibromyalgie mit/bei: - depressive Episoden mit somatischem Syndrom - aktuell: Beschwerden im Nacken-Schulterbereich, im Bereich der Schulterblätter beidseits, des Rippenbogens

rechts, der Flanke rechts und Kniebeschwerden beidseits - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei : - dorsale r

Diskusprotrusion

L3 / L4 mit leichter Abflachung des Dural sakes - aktuell: Verdacht auf

Aggravierung einer radikulären Reizsymptomatik L4 rechts - rezidivierendes, zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei : - Osteochondrosen sowie Spondylosen C4-C7

- leichte r Spinalkanalstenose bei

C4 / C5 bei medianer Diskusprotrusion

- Spondyloarthrosen

D7 / Th1

links - rezidivierende Epicondylitis

humeri

radialis rechts mit/bei : - Zustand nach Infiltration im Bereiche des radialen Epicondylus rechts am 6. April 2016 - radiologische r Diagnose einer Epicondylitis

lateralis mit kompletter Ruptur des lateralen

Kollateralbandes sowie Partialruptur des Musculus Extensor carpi

radialis

brevis

- Status nach Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom (CTS) beidseits in den Jahren 2012 und 2014 - Status nach konservativer Therapie einer Handgelenks-Fraktur links im Jahre 1994 - Polyarthralgien und Panvertebral-Syndrom - gastroösophageale

Refluxkrankheit bei Zustand nach Ulcus ventriculi

im Jahre 1992 - bekannte arterielle Hypertonie

Der Arzt führte aus, dass die gegenwärtige Behandlung weitgehend aus einer konservativen Behandlung im Sinne einer multidisziplinären Schmerztherapie mit einer physiotherapeutischen und psychiatrischen Begleittherapie bestehe (Ziff. 2.8), und dass der Beschwerdeführerin auf Grund der wechselhaften und zum Teil stark einschränkenden Schmerzsymptomatik die Ausübung einer Erwerbstätigkeit gegenwärtig nicht zuzumuten sei (Ziff. 4.1). 6 .11

In ihrem Bericht vom 21. September 2019 (Urk. 8/195) erwähnte Dr. H.____, dass die Beschwerdeführerin während der Dauer eines Monats unter einer Exazerbation der sensomotorischen Beschwerdesymptomatik im linken Arm gelitten habe, welche sich zwischenzeitlich wieder zurück gebildet habe. Die klinisch-neurologische Untersuchung habe keine Residuen und keinen Nachweis eines neu etablierten Karpaltunnel-Syndroms ergeben. Es bestünde jedoch eine Reizsymptomatik im Rahmen eines bekannten TOS mit wahrscheinlich überlagerter Reizsymptomatik zervikaler Nervenwurzeln bei neuroforaminaler Stenose links im Bereich C5/C6 und C7/Th1 sowie eine sensible Reizleitungsstörung lumbosakraler Nervenwurzeln rechts bei Status nach Exazerbation von

Rücken- und Beinschmerzen rechts während 6 Monaten, mit nachfolgender Behandlung in der Schmerz klinik

N.____ (S. 3) .

6.12

Die Ärzte der Medas

U.____ , in O.____ , erwähnten in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 20. Dezember 2019 (Urk. 8/205 und Urk. 8/207-210), dass die Beschwerdeführerin am 11. November 2019 internistisch, am 18. November 2019 neurologisch, am 25. November 2019 rheumatologisch und am 11. Dezember 2019 psychiatrisch untersucht worden sei (Urk. 8/207/4) , und stellten die folgenden Diagnosen (Urk. 8/207/12-14): Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - multilokuläres Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren mit/bei: - chronisches Zervikalsyndrom

mit/bei: - degenerativen Veränderungen der HWS

im Bereich HWK4 - HWK7 - Spinalkanalstenose und Einengung des Myelons , ohne Nachweis einer Myelopathie - multisegmentalen Foramina stenosen , bildmorphologisch mit möglicher Irritation rechts C6 und C7 sowie links C6 und C8 - klinisch kein verlässlicher Nachweis eines zervikoralikulären Reiz- und Ausfallssyndroms - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei : - degenerativen LWS-Veränderungen im Bereich L3/4, geringer auch im Bereich L5/S1 - kein Nachweis eines lumboralikulären Reiz- und Ausfallssyndroms - TOS - muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits mit begleitendem TOS

- chronische Epicondylopathia

humeri

radialis rechts mehr als links mit/bei: - Status nach Ruptur des lateralen Kollaterallbandes und Partialruptur des Musculus

extensor

carpi

radialis

brevis rechts Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits mit/bei:

- Status nach Operation beidseits in den Jahren 2012 und 2014 - Migräne mit ophthalmischer Aura seit der Kindheit - multilokuläres Schmerzsyndrom, formal den ACR-Kriterien einer Fibromyalgie entsprechend, gemäss den klinischen Befunden eher im Sinne einer Schmerzfehlerverarbeitung, das heisst nicht einem somatischen Krankheitsbild entsprechend - Knick-, Senk-Platffüsse - beginnende Fingerpolyarthrosen rechts - rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4) - instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Die Gutachter erwähnten , dass in neurologischer Hinsicht vor allem im Bereich der HWS eine reduzierte Belastbarkeit des Achsenskeletts bestehe, und dass die Belastbarkeit auf körperlich leichte bis sporadisch mittelschwere Hebe- und Tragebelastungen limitiert sei. Auch bezüglich manueller Arbeiten bestehe eine Einschränkung für mittelschwere und

schwere Belastungen. Der Beschwerdeführerin seien insbesondere Arbeiten mit wiederholter Elevation und Überkopfstellung der Arme nicht zuzumuten. Eine massgebliche Beeinträchtigung der Belastung im Stehen und Gehen bestehe indes nicht (Urk.

8/207/14).

Aufgrund der Beschwerdekombination durch die Nackenschmerzen, die symptomatischen muskulären Dysbalancen mit TOS-Symptomatik und die Schmerzen im Rahmen des Tennisellbogens beidseits bestünden aus rheumatologischer Sicht sowohl qualitative als auch quantitative Beeinträchtigungen. Der Beschwerdeführerin seien nur noch körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten ohne Belastung des Ellenbogens sowie ohne längerdauernde oder wiederholte Arbeiten auf oder über der Schulterhorizontalen, ohne Zwangshaltungen in ständig leicht vornübergebeugt oder reklinierten Haltung und ohne Überkopfarbeiten zuzumuten (Urk. 8/207/14-15).

Die psychiatrische Untersuchung habe akzentuierte Persönlichkeitszüge im Sinne von emotional instabilen und eventuell von impulsiven Zügen ergeben. Die Beschwerdeführerin habe gemäss ihren Angaben zeitlebens mit einer schwierigen psychosozialen Situation zu kämpfen gehabt. In den letzten Jahren habe sie insbesondere unter einer schwierigen Ehesituation mit Unzufriedenheit gelitten (Urk. 8/209/15). Die belastende psychosoziale Situation stehe im Vordergrund (Urk.

8/209/19). Es sei von einer eher labilen Persönlichkeitskonstellation mit einer Tendenz zu affektiven Schwankungen im Rahmen einer psychosozial belastenden Situation auszugehen. Eine depressive Störung liege gegenwärtig nicht vor (Urk. 8/209/16). Es sei davon auszugehen, dass die psychischen Beschwerden bei der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr ausschlaggebend seien (Urk. 8/209/15), und dass die in der Vergangenheit bestehende depressive Störung remittiert sei (Urk. 8/209/17). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, alltägliche Termine wahrzunehmen und Routinen einzuhalten, könne den Tag strukturieren, sei flexibel, könne ihre fachlichen Kompetenzen anwenden, sei in der Lage, sich ein Urteil zu bilden und Entscheide zu fällen und verfüge über Durchhaltefähigkeit. Da sie zudem in der Lage sei, sich um den Haushalt und ihre Familie zu kümmern, soziale Kontakte zu pflegen, sich zu behaupten, und da sie über Gruppenfähigkeit und über uneingeschränkte Verkehrs- und Wegefähigkeiten verfüge, sei auf Grund des psychischen Zustandes eine dauerhafte und relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu verneinen (Urk. 8/209/17). Der Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht die Ausübung klar strukturierter Tätigkeiten, welche keine Übernahme von Verantwortung erforderten, ohne Einschränkungen zuzumuten

(Urk. 8/207/15). Die gegenteiligen Beurteilungen durch die Ärzte der Klinik G.____, welche der Beschwerdeführerin vom September 2015 bis September 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten, und durch Dr. L.____, welche ihr vom September 2017 bis Januar 2018 eine solche von 80 % attestiert habe, seien nicht nachzuvollziehen (Urk. 8/209/19). Vielmehr sei davon auszugehen, dass bei diesen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen die körperlichen Beschwerden und die psychosozialen Umstände mitberücksichtigt worden seien (Urk. 8/207/17). In Bezug auf Haushaltstätigkeiten bestehe aus psychischen Gründen keine Einschränkung (Urk. 8/209/20).

Insgesamt sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in Bezug auf ihre bisherige Tätigkeit als Floristin aus somatischen Gründen seit September 2015 im Umfang von 40 % (bezogen auf ein vollzeitliches Arbeitspensum) in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei, dass indes aus psychischen Gründen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 8/207/19). Die Ausübung einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne vorwiegend einseitige Körperhaltung, ohne schwere und häufig mittelschwere körperliche Belastungen, ohne repetitive Arbeiten in elevierter und hyperabduzierter Armhaltung und ohne andauernde manuelle Belastung

sei der Beschwerdeführerin ab September 2015 im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % zuzumuten (Urk. 8/207/20). 6.13

RAD-Arzt Dr. K.____ führte in seiner Stellungnahme vom 23. Dezember 2019 (Urk. 8/222/4-5) aus, dass das Gutachten der Ärzte des U.____ vom 20. Dezember 2019 nachvollziehbar sei (S. 1), weshalb davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer angepassten, wechselbelastenden, klar strukturierten Tätigkeit, ohne Übernahme von Verantwortung, ohne vorwiegend einseitige Körperhaltung, ohne schwere und häufig mittelschwere körperliche Belastungen, ohne repetitive Arbeiten in elevierter und hyperabduzierter Armhaltung und ohne andauernde manuelle Belastung ab September 2015 im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % zuzumuten sei (S. 2). 6.14

Die Ärzte des Zentrums P.____

stellten im MRI-Bericht vom 29. Januar 2020 (Urk. 8/239/10) fest, dass eine gleichentags durchgeführte sitzende MR-Defäkografie während der Defäkation eine rektoanale Intussuszeption Grad III nach Oxford ergeben habe. Die Beschwerdeführerin habe sodann eine knapp drei Zentimeter grosse Rektozele und das vorgeschaltete Rektosigmoid nicht weiter entleeren können. 6.15

PD Dr. med. Q.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, stellte in seinem Bericht vom 10. März 2020 (Urk. 8/239/8-9) die folgenden Diagnosen: - Reizdarmsyndrom vom Blähungstyp mit/bei: - keine rektale

Hiatushernie - keine Hinweise für Zöliakie - Fructoseatmetest und Calprotectin ausstehend

- Low-Outlet Obstruktion mit/bei: - Pelvic

floor

Dyssynergie

- rektoanale Intussuszeption III nach Oxford - anteriore

Rektozele

Der Arzt erwähnte, dass die Beschwerdeführerin unter Blähungen und Schmerzen unter beiden Rippenbogen leide. Sodann bestehe eine Laktoseintoleranz. Es bestehe sodann eine Low Outlet Obstruktion, wobei in der analen Manometrie eine Pelvic Floor Dyssynergie habe festgestellt werden können. Es sei daher eine an FODMAP (vergärbare Mehrfach-, Zweifach-, Einfachzucker und mehrwertige Alkohole) arme Diät als auch eine Biofeedback-Therapie des Analkanals angezeigt. Allenfalls sei eine chirurgische Therapie der Rektozele und der Intussuszeption in Betracht zu ziehen (S. 1). 6.16

Dr. med. R.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte in seinem Bericht vom 13. Juni 2020 (Urk. 8/237/2), dass die bei der Beschwerde führerin neu festgestellte Hiatushernie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könne. Denn durch körperliche Arbeiten steige der intraabdominale Druck und es werde die Refluxproblematik im Sinne eines Rückflusses von Magensäure aus dem Magen in die Speiseröhre verstärkt. Dabei könne es zu typischen Beschwerden aufsteigender Magensäure, wie Sodbrennen, saures Aufstossen, Schluckbeschwerden sowie ein Druckgefühl hinter dem Brustbein kommen. Der Umfang einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit müsste durch einen Facharzt für Gastroenterologie beurteilt werden, wobei erfahrungsgemäss in der Regel von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 %

bis 50 % auszugehen sei. 6.17

RAD-Arzt Dr. med. S.____, Facharzt für Chirurgie, erwähnte in seiner Stellungnahme vom 8. Oktober 2020 (Urk. 8/247/3-4), dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchungen durch die Gutachter des

U.____ zwar unklare Oberbauchschmerzen, Krämpfe, Blähungen und Abdominalschmerzen nicht angegeben habe, dass die Gutachter auf Grund der medizinischen Vorakten indes Kenntnis von einer Refluxerkrankung

bei der Beschwerdeführerin gehabt hätten (S. 1). Aus anatomischer und physiologischer Sicht bestehe ein klares Korrelat zwischen der Speiseröhrenentzündung beziehungsweise der Refluxerkrankung und der neu festgestellten kleinen axialen Hiatushernie. Bei der axialen Hernie trete der oberste Anteil des Magens durch das Zwerchfell nach oben in den Brustraum, wobei ein Reflux beziehungsweise ein Zurückfließen von Mageninhalt in die Speiseröhre auftreten könne. Dieser Reflux könne zu einer Refluxösophagitis (Sodbrennen) führen. Da anlässlich der Gastroskopie keine pathologischen Veränderungen der Magen- und Speiseröhrenschleimhaut festgestellt worden seien, sei von einer asymptomatischen bis geringsymptomatischen Veränderung auszugehen. Entgegen der Beurteilung durch Dr. R.____ (vom 13. Juni 2020) handle es sich bei der Hiatushernie daher nicht um ein neu aufgetretenes Leiden. Obwohl den Gutachtern die Diagnose der Hiatushernie

nicht bekannt gewesen sei, hätten sie Kenntnis der dadurch verursachten Beschwerden im Sinne einer Refluxerkrankung gehabt. Eine dadurch verursachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei zu verneinen. Denn insbesondere im Umfang des von den Gutachtern des U.____ festgestellten Zumutbarkeitsprofils, wonach der Beschwerdeführerin die Ausübung einer angepassten, körperlich wechselbelastenden Tätigkeit, ohne vorwiegend einseitige Körperhaltung und ohne schwere und häufig mittelschwere körperliche Belastungen, ohne repetitive Arbeiten in elevierter und hyperabduzierter Armhaltung und ohne andauernde manuelle Belastung im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % zuzumuten sei, sei nicht davon auszugehen, dass es dabei zu einem relevanten Reflux in die Speiseröhre kommen könnte (S.

2). 6.18

Die Ärzte der Klinik C.____, Radiologie und Neuroradiologie, stellten im MRI-Bericht vom 8. Oktober 2020 (Urk. 3/4/1) fest, dass eine magnetresonanztomographische Untersuchung des linken Unterarms und der linken Hand der Beschwerdeführerin eine vollständige fettige Atrophie des Musculus

adductor

pollicis

brevis links bei ansonsten regelrechter Darstellung der Muskulatur des Unterarms und der Hand (S. 1) ohne Nachweis einer Nervenaffektion des Nervus medianus oder des Nervus ulnaris (S. 2) ergeben habe. 7. 7. 1

Den medizinischen Akten zum Gesundheitszustand im Vergleichszeitraum vom 4. Juli 2011 (Urk. 8/110) bis 3. November 2020 (Urk. 2) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht unter einem chronischen, generalisierten muskuloskelettalen Schmerzsyndrom vom Typ Fibromyalgie, unter einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom sowie unter einem rezidivierenden, zervikospondylogenen Schmerzsyndrom (vorstehend E. 6.10) beziehungsweise unter einem multilokulären

Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren mit einem chronischen Zervikalsyndrom, mit einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom und mit einem Thoracic-Outlet-Syndrom (vorstehend E. 6.12) sowie unter einer rezidivierenden Epicondylitis

humeri

radialis rechts (vorstehend E. 6.10) beziehungsweise unter einer chronischen Epicondylopathie

humeri

radialis rechts mehr als links (vorstehend E. 6.12) litt. Des Weiteren litt die Beschwerdeführerin unter einer gastroösophagealen

Refluxkrankheit bei einem Zustand nach Ulcus ventriculi im Jahre 1992 (vorstehend E. 6.10) beziehungsweise unter einem Reizdarmsyndrom vom Blähungstyp mit kleiner axialen Hiatushernie (vorstehend E. 6.15).

Während Dr. M.____ in seinem Bericht vom 6. Mai 2019 (vorstehend E. 6.10) davon ausging, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zuzumuten sei, gingen die Ärzte des

U.____ in ihrem Gutachten vom 20. Dezember 2019 (vorstehend E. 6.12) in somatischer Hinsicht davon aus, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne vorwiegend einseitige Körperhaltung, ohne schwere und häufig mittelschwere körperliche Belastungen, ohne repetitive Arbeiten in elevierter und hyperabduzierter Armhaltung und ohne andauernde manuelle Belastung,

ab September 2015 im Umfang eines Arbeitspensums von 80% zuzumuten gewesen sei.

Während Dr. R.____ in seinem Bericht vom 13. Juni 2020 (vorstehend E. 6.16) die Ansicht vertrat, dass eine neu festgestellte Hiatushernie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könne, und dass diesbezüglich erfahrungsgemäss von einer Beeinträchtigung von 20% bis 50% auszugehen sei, ging RAD-Arzt Dr. S.____ in seiner Stellungnahme vom 8. Oktober 2020 davon aus (vorstehend E. 6.17), dass die durch die Hiatushernie verursachte Refluxerkrankung den Gutachtern des

U.____ bereits bekannt gewesen sei, und dass die Restarbeitsfähigkeit im Umfang des von den Gutachtern festgestellten Zumutbarkeitsprofils durch die Hiatushernie nicht zusätzlich

beeinträchtigt werde.

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