

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.55 vom 18. Januar 2017**

SO Obergericht, 2017-01-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.55](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.55)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.55 du 18 janvier 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.55 del 18 gennaio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. Januar 2017 sei aufzuheben.

### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Eingliederungsmassnahmen (Integrationsmassnahmen und Massnahmen beruflicher Art) zukommen zu lassen.

### **E. 3**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 3. Mit Eingabe vom 27. März 2017 (A.S. 17) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 4. Am 27. April 2017 (A.S. 20 f.) reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin sowohl seine Kostennote als auch weitere Unterlagen (Beschwerdebeilagen Nrn. 8 - 11) ein. Diese werden der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 28. April 2017 (A.S. 22) zur Kenntnisnahme zugestellt. 5. Mit Eingabe vom 18. Mai 2017 (A.S. 23 ff.) lässt die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Chefarzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum, [...], vom 10. Mai 2017 einreichen. Diese Eingabe geht samt Beilage mit Verfügung vom 19. Mai 2017 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (A.S. 29). 6. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Aufgrund der Rechtsbegehren in der Beschwerdeschrift ist streitig und somit in vorliegendem Verfahren einzig zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, insbesondere auf Integrationsmassnahmen und Massnahmen beruflicher Art, hat. 3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 3.2 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Art. 8 Abs. 3 lit. a bis IVG) und Massnahmen beruflicher Art (Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG).

#### **E. 4**

4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozial-versicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die, für die Beurteilung des streitigen Anspruchs, erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). 4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C\_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 4.3 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE

139 V 335 E. 6.2 S. 338, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467) und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier der 18. Januar 2017 – abstellt (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines Leistungsanspruchs seit der Anmeldung im Juli 2016 aktuell geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar. 5. Wie bereits unter E. II. 2 hiervor ausgeführt, ist vorliegend streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 18. Januar 2017 (A.S. 1 f.) das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf Eingliederungsmassnahmen zu Recht abgewiesen hat. 6. Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant: 6.1 Das MRI der LWS nativ und myelo vom 1. März 2016 beurteilte Dr. med. F.\_\_\_\_, Radiologie, [...], wie folgt (IV-Nr. 12.4 S. 6 f.): HWK 4/5: Breitbasige Diskusprotrusion mit rechts paramedianer Diskushernie. Mittel- bis hochgradige Spinalkanalstenose durch Diskus, Spondylarthrosen und hypertrophe Ligamenta flava, Verdacht auf Kompression der rezessalen L5-Wurzeln beidseits. Offene Neuroforamina beidseits. LWK 5/SWK 1: Breite mediane Diskushernie in Kontakt mit beiden rezessalen S1-Wurzeln; Verdacht auf S1-Reizung beidseits, insbesondere links (unter Berücksichtigung der Klinik). Zusätzlich bestehe eine mässige osteodiskogene Einengung des linken Neuroforamens mit möglicher foraminale L5-Reizung links. Mittelgradige Spinalkanalstenose durch Diskushernie, Spondylarthrosen und hypertrophe Ligamenta flava. Kein Hinweis auf weitere Diskushernien oder Nervenwurzelkompressionen der LWS. Intakte LWK. Grosses Wirbelkörperhämangiom LWK 1. 6.2 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt in seinem Bericht vom 10. März 2016 (IV-Nr. 12.4 S. 8 f.) folgende Diagnosen fest: - Claudicatio spinalis bei hochgradiger Spinalkanalstenose L4/5 - Breitbasige Diskusprotrusion L4/5, massive Hypertrophie der Facettengelenke Die Beschwerdeführerin leide an einer klassischen Claudicatio spinalis mit einer schlechten Gehfähigkeit, wobei die Ursache durch die spinale Stenose L4/5 erklärbar sei. Er werde ihr aufgrund dieser Tatsache eine peridurale Infiltration empfehlen. Physiotherapie helfe meistens bei spinalen Stenosen nicht oder sei sogar kontraproduktiv. Er denke, dass die Beschwerdeführerin die Infiltration machen solle. Falls es besser gehe, könne sie abwarten, falls es mühsam sei, solle sie sich doch melden zur Diskussion um eine allfällige Dekompression monosegmental ohne Instrumentation. 6.3 Med. pract. H.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin, beantwortete am 21. März 2016 (IV-Nr. 12.4 S. 3) die Fragen des Krankentaggeldversicherers B.\_\_\_\_ vom 8. März 2016 (IV-Nr. 12.4 S. 1 f.). Dabei gab er an, es habe sich keine neue, abweichende Ursache der Arbeitsunfähigkeit ergeben. Leider hätten sich die lumbospondylogenen Schmerzen noch verstärkt. Es sei eine peridurale Infiltration geplant. Es habe eine spezialärztliche Behandlung bei Dr. med. G.\_\_\_\_ stattgefunden. Es gebe keine nicht-medizinischen Gründe, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Filialleiterin (leitende Funktion) hätten. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Position in sämtlichen Arbeiten komplett eingeschränkt. Eine Prognose hinsichtlich Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei noch nicht absehbar. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch eine Verlagerung der beruflichen Tätigkeit auf andere Arbeiten sei nicht möglich. Das Ausmass der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer anderen Tätigkeit sei noch nicht absehbar. Die Arbeitsfähigkeit könne durch eine Infiltration und evtl. eine Operation verbessert werden. Die genauen Diagnosen seien eine «Claudicatio spinalis bei

hochgradiger Spinalkanalstenose L4/5» und eine «breitbasige Diskusprotrusion L4/5, massive Hypertrophie der Facettengelenke». 6.4 Der den Krankentaggeldversicherer B.\_\_\_\_ beratende Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Innere Medizin, hielt in seinem auf den vorliegenden Akten beruhenden Bericht vom 29. März 2016 (IV-Nr. 12.4 S. 10 f.) fest, die Beschwerdeführerin sei seit dem 2. Februar 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. Es handle sich um eine Claudicatio spinalis bei hochgradiger Spinalkanalstenose. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Die Prognose laute auf eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit postoperativ bis ein Jahr möglich. Die Arbeitsunfähigkeit werde durch das Leiden ausreichend begründet. Die Prognose betreffend die Arbeitsfähigkeit in der jetzigen beruflichen Tätigkeit sei heute noch unklar. Der Gesundheitszustand sei stabil. Die therapeutischen Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien nicht ausgeschöpft. Es könnten eine Infiltration oder eine Operation durchgeführt werden. Für eine geeignete leichtere Tätigkeit bestehe weder eine volle noch eine zumindest teilweise Arbeitsfähigkeit. Im Juni 2016 sollte ein Verlaufsbericht eingeholt und eine Neubeurteilung vorgenommen werden. 6.5 Die durch den Krankentaggeldversicherer B.\_\_\_\_ am 2. Juni 2016 formulierten Fragen (IV-Nr. 12.4 S. 12 f.) wurden vom behandelnden Arzt med. pract. H.\_\_\_\_ im undatierten Schreiben (IV-Nr. 12.4 S. 14) wie folgt beantwortet: Seit dem letzten Bericht bestehe ein Status nach Steroidinfiltration; bis dato habe eine 50%ige Besserung erzielt werden können. Es werde bei Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Neurochirurgie, eine Zweitmeinung eingeholt. Die Arbeitsfähigkeit könne weder gesteigert noch voll erreicht werden. Eine Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin sei noch nicht erfolgt. 6.6 Im Bericht vom 16. Juni 2016 (IV-Nr. 12.4 S. 18 f.) hielt Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, Spinale Chirurgie, aufgrund der Wirbelsäulensprechstunde vom 15. Juni 2016 folgendes fest: Nach Durchführung der Infiltration gehe es der Beschwerdeführerin gut 50 % besser, sie habe aber Angst, dass das Ganze wiederkommen könne. Wenn sie eine gewisse Strecke gehe, bekomme sie schwere Beine und ein Schwächegefühl, sie spreche sogar von Lähmungen. Sie habe ausserordentliche Angst vor einer Belastung des linken Beins wegen allfälliger Exazerbation der Beschwerden. Sie habe auch ein Ameisenlaufen bis in den Fuss. Es lägen keine objektivierbaren neurologischen Ausfälle vor. Die Beurteilung lautete wie folgt: Bei dieser Beschwerdeführerin liege ein konstitutionell enger Wirbelkanal vor (ihr Alter sei nicht typisch für eine rein degenerative Spinalstenose), welcher aggraviert werde durch eine Bandscheibenprotrusion, bzw. Verdickung der Gelenkkapseln und so zu einer praktisch vollständigen Stenose auf Niveau L4/5 führe. Die rechtsseitige paramediale Diskushernie sei wahrscheinlich nicht von Relevanz, da die Beschwerdeführerin linksseitige Beschwerden habe. Grundsätzlich sei hier damit zu rechnen, dass die Beschwerdeführerin früher oder später eine Dekompression des Spinalkanals benötige. Zum jetzigen Zeitpunkt würde er vorderhand nichts unternehmen, da sie eindeutig durch die Infiltration gebessert sei. Es bestehe jedoch eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit, dass das Ganze wieder neu aufflackere und in diesem Fall wäre wohl an eine Dekompression zu denken. Ob die Dekompression ohne eine gleichzeitige Stabilisierung durchgeführt werden könne, sei letztlich eine Ermessensfrage, wäre aber sicherlich zu versuchen. Da würden auch wiederholte Infiltrationen das Problem nicht lösen können, insbesondere müsse man eher zurückhaltend sein mit Infiltrationen, da bei einer praktisch sicheren späteren Chirurgie das Gewebe durch die Steroidinfiltration nachhaltig beschädigt werde und z.B. die Infektionswahrscheinlichkeit deutlich ansteige. 6.7 In der medizinischen Beurteilung vom 19. Juli 2016 (IV-Nr. 12.4 S. 20 f.) führte Dr. med. K.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, [...], folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

auf: - Claudicatio spinalis bei hochgradiger Spinalkanalstenose L4/5 - Breitbasige Diskusprotrusion L4/5, massive Hypertrophie der Facettengelenke Die 43-jährige Filialleiterin (gekündigt) leide an einem chronischen lumbovertebralen Syndrom. Es liege ein konstitutionell enger Spinalkanal vor, der durch eine Diskusprotrusion und Verdickung der Gelenkkapsel im Facettengelenk erheblich verstärkt werde. Der Wirbelsäulenchirurg Prof. Dr. med. J. \_\_\_ rechne mit einem praktisch sicheren späteren chirurgischen Eingriff. Aktuell könne noch mit periradikulären Infiltrationen, auf die die Beschwerdeführerin gut angesprochen habe, versucht werden, eine weitere Besserung herbeizuführen. Allerdings erhöhten wiederholte Infiltrationen dann das Risiko einer späteren Operation (Weichteilschädigung, erhöhte Infektgefahr). In einer adaptierten Tätigkeit ohne Heben von Gewichten, ohne Zwangshaltungen, Tätigkeiten in wechselnden Positionen, könne mittelfristig wahrscheinlich eine teilweise Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Mit Rückfällen müsse aber gerechnet werden. 6.8 Am Intake-Gespräch vom 26. Juli 2016 (IV-Nr. 13) nahm u.a. auch die RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_, Praktische Ärztin FMH, teil. Sie gab zunächst die Beurteilung der neurochirurgischen Zweitmeinung von Prof. Dr. med. J. \_\_\_ vom 16. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) wieder und es folgte daraufhin die folgende versicherungsmedizinische Beurteilung: Es bestehe aufgrund der Symptomatik eine Operationsindikation, aktuell jedoch werde bei Beschwerdereduktion durch eine Cortisoninfiltration noch zugewartet. Eine weitere 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei aktuell nicht mehr gerechtfertigt. Der Beschwerdeführerin sei gekündigt worden. Von einer Invalidität (Arbeitsunfähigkeit länger als ein Jahr) sei bei einer Behandlung lege artis nicht auszugehen, d.h. dass der Beschwerdeführerin dann leichte wechselbelastende Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar seien. 6.9 Im Rahmen der erhobenen Einwände liess die Beschwerdeführerin am 9. September 2016 die Berichte von Dr. med. G. \_\_\_ vom 10. März 2016 und von Prof. Dr. med. J. \_\_\_ vom 16. Juni 2016 einreichen (vgl. E. II. 6.2, 6.6 hiervor). Die RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_ beurteilte die medizinische Situation in ihrer Stellungnahme vom 19. September 2016 (IV-Nr. 27 S. 2 f.) wie folgt: Die eingereichten medizinischen Unterlagen wiesen keine andere Situation aus, als sie bereits zum Zeitpunkt des Intake Gesprächs bekannt gewesen sei. Die Behandlung sei nicht abgeschlossen. Im Juni 2016 sei die Beschwerdeführerin bei Prof. Dr. med. J. \_\_\_ in [...] gewesen. Darin werde beschrieben, dass die Beschwerdeführerin Angst habe vor Belastung, obwohl sich die Beschwerden deutlich gebessert und keine neurologischen Befunde vorgelegen hätten. Die Kündigung sei wegen einer Filialschliessung per 29. Februar 2016 aus invaliditätsfremden Gründen erfolgt. Folgende Diagnosen hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Konstitutionell enger Spinalkanal, aktuell Spinalkanalstenose durch breitbasige Diskusprotrusion L4/5 und Hypertrophie der Facettengelenke - Aufgrund des Arztberichts von Prof. J. \_\_\_ vom 16. Juni 2016 bestünden Hinweise auf eine gewisse Anpassungsproblematik, allerdings ohne Einfluss auf Zumutbarkeit (Angst vor Belastung, bei fehlenden objektivierbaren neurologischen Befunden) In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei vorübergehend zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Aktuell sei der Gesundheitszustand gebessert, jedoch der Arbeitsplatz gekündigt. Eine attestierte längerdauernde Arbeitsunfähigkeit sei nicht eingereicht worden und nicht ausgewiesen. Die Behandlung sei nicht abgeschlossen. Auch jetzt im gebesserten Zustand sei eine angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar. Die Ressourcen seien fraglich. Nach Abschluss der Behandlung sei der Beschwerdeführerin aus aktueller Sicht wieder eine volle Leistungsfähigkeit in angepasster leichter wechselbelastender Tätigkeit zumutbar. Es würden mit den neuen medizinischen Unterlagen keine neuen Tatsachen geltend gemacht,

die eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als bisher zur Folge hätten. Der Verlauf in der bisherigen Tätigkeit als Filialleiterin entfalle, da die Beschwerdeführerin diese Stelle nicht mehr habe und diese wegen Filialschliessung gekündigt worden sei. Nach Abschluss der Behandlung könne erneut von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Auch jetzt sei bei gebesserter Symptomatik in angepasster Tätigkeit keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit vertretbar. Ergänzende Abklärungen seien nicht angezeigt.

6.10 Dr. med. L. \_\_\_\_, FMH Innere Medizin / Rheumatologie, der Physiotherapeut M. \_\_\_\_, und PD Dr. med. N. \_\_\_\_, MSc, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation / Rheumatologie, D. \_\_\_\_, hielten im Rahmen des auf einer Funktionsorientierten Medizinischen Abklärung (FOMA) vom 20. / 21. Oktober 2016 basierenden Gutachtens vom 4. November 2016 (IV-Nr. 29 S. 2 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Lumboischialgie links mit Claudicatio spinalis - Durch breitbasige Diskusprotrusion mit paramedianer Diskushernie rechts L4/5, Spondylarthrosen und hypertrophen Ligamenta flava mittelgradige bis schwere Spinalkanalstenose und Verdacht auf Kompression der rezessalen L5-Wurzeln beidseits. - Breite mediane Diskushernie L5/S1 mit Kontakt der beiden rezessalen S1-Wurzeln, mittelgradiger Spinalkanalstenose durch Diskushernie, Spondylarthrosen und hypertrophe Ligamenta flava (MRI LWS vom 1. März 2016). - Intermittierend 50 %-ige Schmerzreduktion durch epidurale Steroidinfiltration April 2016 - Hyperlordose der unteren LWS, muskuläres Stabilisationsdefizit der Wirbelsäule - Zunehmend Schmerzchronifizierung mit teilweise dysfunktionalem Krankheitsverhalten Anlässlich der aktuellen klinischen Untersuchung klagte die Beschwerdeführerin über hauptsächlich brennende Schmerzen im Kreuzbereich links mit z.T. messerstichartigem Charakter im ganzen Bein dorsal links bis zum Fuss und Schmerzen beim Stehen sowie Gehen, Möglichkeit des Sitzens, von bis zu einer Stunde. Die Rückneigung des Rückens sei für sie zudem eine gute Entspannungsübung. Klinisch zeige sich eine ausgeweitete druckdolente Zone lumbal über den Processus spinosi wie auch paravertebral sowie Druckdolenzen über der Gesässmuskulatur bei allerdings nur leichten Myogelosen im Paravertebralbereich lumbal. Neurologisch zeige sich eine Abschwächung der Kennmuskulatur des linken Beins, am ehesten schmerzbedingt sowie eine Hyposensibilität entsprechend dem Dermatome S1. Das Lasègue-Manöver hingegen sei beidseits negativ bei beidseits symmetrischem, lebhaftem Reflexbild. Anlässlich der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) habe sich die Beschwerdeführerin im leichten Gewichtsbereich belasten lassen bei fraglicher Leistungsbereitschaft und schlechter Konsistenz. Dabei sei das Stehen vorgeneigt gut gegangen, wohingegen das Stehen in Normalposition nach 15 Minuten abgebrochen worden sei. Insgesamt sei zudem eine allgemeine Dekonditionierung nicht nur bezüglich muskulärer Stabilität der Wirbelsäule, sondern auch im Ausdauerbereich auffällig gewesen. Bei anatomisch eindeutig verengtem Spinalkanal und claudicativer Symptomatik seien zusätzlich Zeichen der Schmerzchronifizierung mit Respekt der Beschwerdeführerin in die Belastbarkeit des Rückens hinzugekommen, sodass eine Verbesserung des Leistungspotenzials zurzeit schwierig zu erreichen sei. Hingegen dürfte eine erneute Physiotherapie mit muskulärem Belastungsaufbau der Wirbelsäule zum vermehrten Vertrauen in die eigene Belastbarkeit beitragen, wodurch nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Arbeitsfähigkeit positiv beeinflusst werden könne. Es sei zum aktuellen Zeitpunkt zu bezweifeln, dass sie von einer operativen Dekompression aufgrund der zunehmenden Schmerzchronifizierung mit Hypersensibilisierung der zentralen Schmerzrezeptoren stark profitiere, da zu vermuten sei, dass die Schmerzen selbst durch die

Operation nicht wesentlich beeinflusst werden könnten. Allerdings könne mit einem peroralen Steroidstoss für fünf Tage herausgefunden werden, ob durch eine relevante intermittierende Besserung eine zweite epidurale Steroidinfiltration Sinn machen könnte, um die physiotherapeutischen Massnahmen voranzutreiben. Des Weiteren habe die Beschwerdeführerin durch ihren Anwalt Rekurs auf den Vorbescheid der Beschwerdegegnerin genommen, welche den Anspruch auf berufliche Massnahmen sowie auf eine Invalidenrente abgewiesen habe. Diesbezüglich werde empfohlen, auf diesen Entscheid zurückzukommen, da es ihr aufgrund der Rückenbeschwerden zurzeit nicht möglich sei, längere monoton-statische Tätigkeiten mit längerem Stehen, aber auch mit Problemen beim Gehen durch die Claudicatio spinalis durchzuführen. Somit sei für sie eine leichte Tätigkeit mit Möglichkeit der Wechsellagerung inkl. Sitzen als geeignet anzusehen, weshalb berufliche Massnahmen seitens der Beschwerdegegnerin zum aktuellen Zeitpunkt sinnvoll erschienen. Medikamentös könnten zusätzlich noch Antidepressiva (SSRI/SNRI) sowie auf die neuropathischen Schmerzen wirkenden modernen Antiepileptika (bspw. Pregabalin, Gabapentin) versucht werden, um einen positiven Effekt auf die chronischen Schmerzen über die zentralen Regulationsmechanismen auszuüben. In den Tests hätten keine funktionellen Limiten beobachtet werden können. Im Moment stehe das Schon- und Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin im Vordergrund. Die Leistungsbereitschaft werde als fraglich beurteilt. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die Konsistenz bei den Tests sei schlecht gewesen. Die Belastbarkeit liege mindestens im Bereich einer leichten Arbeit. Aufgrund der Selbstlimitierung bei den Hebetests könne die Zumutbarkeit der angestammten Tätigkeit nicht allein gestützt auf die EFL erfolgen und müsse medizinisch-theoretisch festgelegt werden. In anderen Tätigkeiten könne der Beschwerdeführerin im Minimum eine leichte Arbeit in Wechsellagerung mindestens halbtags zugemutet werden. Ansonsten seien keine speziellen Einschränkungen zu beachten. In Bezug auf konkrete Empfehlungen bezüglich beruflicher Eingliederung wurde die «Arbeitssuche» aufgeführt. Die Beschwerdeführerin könne für die Einarbeitung eventuell die Hilfe der Beschwerdegegnerin beanspruchen. Trotz des Schon- und Schmerzverhaltens werde der Beschwerdeführerin die Aufnahme einer physiotherapeutischen Behandlung empfohlen. Hier solle versucht werden, die allgemeine körperliche Belastbarkeit mittels MTT (Medizinische Trainingstherapie) und Konditionstraining zu verbessern. Im Training sei wichtig, mit der Beschwerdeführerin klare und erreichbare Ziele zu setzen. Das Training sollte zeitorientiert und nicht schmerzfixiert sein. Betreffend zusätzliche medizinische Massnahmen wurde festgehalten, dass ein oraler Prednisonstoss für fünf Tage zur Evaluation vordringlich erscheine, ob eine zweite epidurale Steroidinfiltration Sinn mache oder nicht. Bei signifikanter Schmerzreduktion durch den oralen Steroidstoss (bspw. Prednison 50 mg für fünf Tage) sei eine zweite epidurale Steroidinfiltration zu empfehlen, um die physiotherapeutischen Massnahmen im Sinne der muskulären Stabilisation forcieren zu können. In der bisherigen Tätigkeit als Filialleiterin mit häufig monoton-statischer sowie gehender Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht seit dem 2. Februar 2016 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten leichten Tätigkeit mit Möglichkeit der Wechsellagerung sei sie ganztags mit vermehrten Pausen zu zwei Stunden pro Tag, entsprechend einer 75%igen Arbeitsfähigkeit, aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht arbeitsfähig. Durch eine muskelstabilisierende Physiotherapie mit Muskelaufbau und Konditionstraining sei mit einer Verbesserung der Lebensqualität wie auch der Arbeitsfähigkeit bis auf eine 100 %-Tätigkeit binnen sechs

Monaten zu rechnen. Hingegen sei wegen der Rückenproblematik nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin wieder in der angestammten Tätigkeit arbeitsfähig werde.

6.11 Dr. med. C.\_\_\_\_, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 28. November 2016 (IV-Nr. 31) aus, in der Stellungnahme vom 19. September 2016 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) sei eine angepasste Tätigkeit zu 80 % für zumutbar gehalten worden. Im nachgereichten Gutachten vom 4. November 2016 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) komme der Gutachter auf 75 %, wobei er festhalte, dass mit muskelstabilisierender Physiotherapie und Konditionstherapie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könnte. Es liege in der Schadenminderungspflicht der Beschwerdeführerin, die genannten Therapien umzusetzen. Dazu sei es aber bisher nicht gekommen. Stattdessen zeige sie ein ungeeignetes Schonverhalten. In den Tests sei sogar eine Selbstlimitierung beobachtet und die Leistungsbereitschaft als fraglich eingestuft worden. Fazit: Es würden keine neuen Tatsachen geltend gemacht, es könne an der Stellungnahme festgehalten werden. Allenfalls ergänzende Abklärungen seien nicht angezeigt.

6.12 Med. pract. H.\_\_\_\_ hielt in seiner ärztlichen Bestätigung vom 3. Februar 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 6) fest, die Beschwerdeführerin absolviere aufgrund ihrer schweren Rückenerkrankung höchst motiviert weiterhin die Physiotherapie. Wegen der ausgeprägten Rückenbeschwerden sei ausserdem eine Rehabilitation im Rheumazentrum in [...] geplant. Wegen der zunehmend ausgeprägten psychischen Belastung habe er die Beschwerdeführerin Dr. med. P.\_\_\_\_ in [...] überwiesen.

6.13 Im Bericht vom 22. Februar 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 8) an Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt die Physiotherapeutin BSc Q.\_\_\_\_ fest, sie arbeite seit einigen Monaten mit der Beschwerdeführerin. Sie sei mit einer Verordnung der D.\_\_\_\_ zu ihr gekommen. Es sei zunehmend klargeworden, dass die Beschwerdeführerin ein intensiveres und multimodales Setting bräuchte, was zur Anmeldung des Hausarztes bei Dr. med. E.\_\_\_\_ geführt habe. Zusammenfassend sehe sie bei der Beschwerdeführerin ein gutes Rehabilitationspotenzial. Möglicherweise sei aber auch eine erneute Intervention (sie habe z.B. im April 2016 auf eine Infiltration gut reagiert) nötig? Die Physiotherapeutin sei froh, wenn die Situation in einem multimodalen Setting nochmals «aufgerollt» werde, das der Komplexität der Problematik angepasster sei als die ambulante Situation mit Hausarzt, Physiotherapie, Anwalt und – seit dieser Woche – Psychologin.

6.14 Dr. med. E.\_\_\_\_, Chefarzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum, [...], hielt im Bericht vom 15. März 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 9) fest, er habe die Beschwerdeführerin am 7. März 2017 in Anwesenheit ihres Ehemannes ambulant untersucht. Er wies folgende Diagnosen aus: Chronisches lumbales bis lumbospondylogenes Syndrom seit circa 2015 - zufolge konstitutionell engem Spinalkanal mit hochgradiger Stenose L4/5 bei breitbasiger Diskusprotrusion mit rechts paramedianer Betonung - April 2016 epidurale Glukokortikoid-Gabe mit relativ gutem Effekt - aktuell: invalidisierendes lumbales Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung mit neuropathischer Komponente mit Gramselparästhesien im Bereich der Füße ohne Paresen Psychosoziale Belastungssituation vermehrt seit 2016 bei Arbeitsunfähigkeit - reaktive depressive Episode Steife Brustwirbelsäule mit Hyperkyphose thorakal bei Hohlrundrücken Dr. med. E.\_\_\_\_ gab folgende Beurteilung ab: Er könne die Beurteilung von med. pract. H.\_\_\_\_ nur unterstützen und die Indikation für ein strukturiertes multimodales Vorgehen sei gegeben. Die Beschwerdeführerin erhalte deswegen auch seit einigen Wochen eine psychologische Unterstützung durch die Praxis Dr. P.\_\_\_\_ in [...]. Selbständig trainiere die Beschwerdeführerin zu Hause und in der Physiotherapie [...] in [...]. Die von der D.\_\_\_\_ vorgeschlagene funktionsorientierte Massnahme sei ambulant umzusetzen versucht worden.

Zweimalige wirbelsäulenchirurgische Beurteilungen hätten stattgefunden, die Aussagen und Massnahmen seien etwas unterschiedlich gewesen. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin, wie auch Frau Q.\_\_\_\_, die behandelnde Physiotherapeutin, festhalte, verunsichert. Auch sei es zu einer massiven Kränkung der Beschwerdeführerin gekommen, indem offensichtlich im Bericht der D.\_\_\_\_ von «fraglicher Leistungsbereitschaft» und «Selbstlimitierung» die Rede sei. Die klinische Untersuchung zeige aktuell keine relevanten Hinweise für eine Symptomausweitung. Das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin sei erheblich und sie selber erhoffe sich baldmöglichst wieder einen Berufseinstieg, wobei seit Februar 2016 eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Eine Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin habe ebenfalls bereits stattgefunden. Berufliche Massnahmen seien bis anhin nicht gesprochen worden. Es bestünden deutliche Zeichen des neuropathischen Schmerzes mit Sensibilitätsstörungen und Brennen mit Ameisenlaufen bis in die Grosse Zehenregionen. Eine Parese oder persistierende relevant einschränkende Sensibilitätsstörung im Bereich der Beine bestünden nicht. Es bestünden keine relevanten Auffälligkeiten der oberen Extremitäten. Der Rücken zeige eine Hyperlordose lumbal und eine Hyperkyphose steifer Art thorakal bei myofaszialen Befunden linksbetont im Bereich des dorsalen Beckenkamms und eine Linksseitneigungs- und Extensionsschmerzhaftigkeit lumbal. Auch bestehe ein Ventralisationsschmerz L4 und geringer L5 lumbal bei einem Finger-Boden-Abstand von 0 cm. Dr. med. E.\_\_\_\_ habe der Beschwerdeführerin das Prinzip der multimodalen Therapie erklärt und eine ambulante interdisziplinäre Rehabilitation mit Einbezug der Psychologie und Physiotherapie sowie Ergotherapie empfohlen. Ziel sei eine Teilarbeitsfähigkeit im Sommer 2017 zu erreichen. Bei Zunahme der neuropathischen Komponente sei eine Dekompressions-Operation, wie im Brief von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ festgehalten (16. Juni 2016, vgl. E. II. 6.6 hiervor), überlegenswert. 6.15 In dem vom 10. Mai 2017 datierenden Bericht (Beschwerdebeilage Nr. 12, A.S. 26 ff.) bestätigte Dr. med. E.\_\_\_\_ aufgrund der unter Anwesenheit der Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und der Neuropsychologin Frau S.\_\_\_\_ am 5. Mai 2017 erfolgten ambulanten Untersuchung der Beschwerdeführerin die bereits im Bericht vom 15. März 2017 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen, wobei er die Hauptdiagnose eines «chronischen lumbalen bis lumbospondylogenen Syndroms seit circa 2015» zusätzlich wie folgte ergänzte: - März 2016 MRI LWS mit paramedianer Diskushernie rechts L4/5 und Diskushernie L5/S1 mit Spondyloarthrosen, hypertrophen Ligamenta flava und mittlerer bis schwerer Spinalstenose multifaktorieller Ätiologie mit Wurzelaffektionen L5 beidseits und S1 beidseits rezessal Die Beschwerdeführerin sei hinsichtlich eines multimodalen funktionsorientierten Rehabilitationsprogramms entsprechend der Zuweisung von med. pract. H.\_\_\_\_ evaluiert worden. Sie sei motiviert. Die in der EFL vom 20. / 21. Oktober 2016 postulierte Einschränkung der Leistungsbereitschaft könne in der aktuellen Evaluation nicht gefunden werden. Auch fänden sich aktuell keine Hinweise für eine Selbstlimitierung. Dies sei insbesondere auffällig, da auch die vorgängigen Instanzen (Dr. med. G.\_\_\_\_ 2016 und Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ ebenfalls 2016) keine diesbezüglichen Einschränkungen und auch keine Hinweise für eine Symptomausweitung gefunden hätten. Von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, der eine ausgeprägte jahrzehntelange Expertise im Bereiche der Rückenbeurteilung aufweise, sei ein operatives Vorgehen sogar für früher oder später als notwendig erachtet worden. Die Beschwerdeführerin weise für die Beschwerden deutliche strukturelle Veränderungen in den Segmenten L4/5 und L5/S1 auf. Zunehmend sei die Beschwerdeführerin durch die Arbeitsunfähigkeit und die Schmerzen sowie nun neu auch durch die unklare Versicherungssituation gestresst. Sie erhoffe sich, zumindest wieder teilweise arbeitsfähig

sein zu können. Im Team werde mit ihr vereinbart, eine Teilarbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf für eine leichte ausserhäusliche Tätigkeit bis maximal mittelschwere ausserhäusliche Tätigkeit ab 1. August 2017 zu erreichen. Sie habe entsprechende Module hinsichtlich Schmerzverarbeitung und Entspannungstechniken erhalten. Die Beschwerdeführerin, welche eine deutliche mechanische Komponente hinsichtlich der Beschwerden aufweise, habe entsprechende physiotherapeutische Übungen erhalten und werde entsprechend in die Physiotherapie eingeschleust. Betreffend Ergotherapie sei die Kostengutsprache auf neun Therapien beschränkt worden, so dass sie noch fünf Sitzungen, d.h. circa wöchentlich eine Sitzung zugute habe. Die psychotherapeutischen Massnahmen inklusive Coaching würden von Frau T.\_\_\_\_ mit Frau U.\_\_\_\_ der Praxis Dr. P.\_\_\_\_ abgesprochen. Eine Besprechung mit der Beschwerdeführerin sei für den 16. Juni 2017 im Team vereinbart worden. Betreffend die vorgesehene Einstellung der Taggeldzahlungen durch die Versicherung sei festzuhalten, dass die Gutachter der D.\_\_\_\_ in [...] in ihrem Schreiben vom 4. November 2016 aufgrund ihrer Testung nicht davon ausgingen, dass die Beschwerdeführerin in ihrem angestammten Beruf wieder arbeitsfähig sein werde. Auch sei eine entsprechende Therapie über sechs Monate empfohlen worden. Eine entsprechende funktionsorientierte strukturierte Behandlung habe aber bis anhin nicht stattgefunden. Insofern könne Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht verstehen, warum die Taggeldzahlungen eingestellt würden, wenn durch das Gutachten die Arbeitsfähigkeit auch nach mehrmonatiger Therapie nicht erreichbar erscheine. In diesem Sinne sei die Einschränkung der Taggeldzahlungen zu hinterfragen. 7. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte kann festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin eine somatische gesundheitliche Problematik an der Wirbelsäule im Vordergrund steht und diese unbestritten ist: So geht aus den vorliegenden medizinischen Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin im Wesentlichen unter lumbospondylogenen Schmerzen und einer schlechten Gehfähigkeit leidet. Diese gesundheitlichen Einschränkungen führen die Ärzte übereinstimmend auf eine Claudicatio spinalis bei hochgradiger Spinalkanalstenose L4/5, eine breitbasige Diskusprotrusion L4/5 und massive Hypertrophie der Facettengelenke zurück (vgl. E. II. 6.2 ff., 6.7, 6.9 f., 6.14 hiervor). Diese Befunde haben sich anlässlich des am 1. März 2016 durchgeführten MRI der LWS auch objektivieren lassen (vgl. E. II. 6.1 hiervor). Ferner lässt sich den Akten entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin im April 2016 eine epidurale Steroidinfiltration durchgeführt wurde, die zu einer intermittierenden 50%igen Schmerzreduktion und somit zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation bei der Beschwerdeführerin geführt hat (vgl. E. II. 6.5 f., 6.10, 6.14 hiervor). In Bezug auf die Durchführung von weiteren Steroidinfiltrationen sind die Ärzte indes eher zurückhaltend. Dies insbesondere aufgrund des Hinweises, dass bei einem späteren chirurgischen Eingriff (Dekompression des Spinalkanals) das Gewebe durch solche Infiltrationen nachhaltig beschädigt und die Infektionswahrscheinlichkeit deutlich ansteigen würde (vgl. E. II. 6.6 f. hiervor). Es wurde daher von weiteren Infiltrationen abgesehen. Ein operativer Eingriff hat bisher noch nicht stattgefunden. Jedenfalls ist ein solcher in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. 8. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 18. Januar 2017 (A.S. 1 f.) die Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung nach Art. 14a IVG bzw. auf berufliche Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 IVG zu Recht abgewiesen hat. 9. In Bezug auf die Integrationsmassnahmen gemäss Art. 14a IVG kann folgendes festgehalten werden: 9.1 Der Gesetzgeber hat gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation (Gewöhnung an den

Arbeitsprozess, Förderung der Arbeitsmotivation, Stabilisierung der Persönlichkeit, Einüben sozialer Grundfähigkeiten) und Beschäftigungsmassnahmen (Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur für die Zeit bis zum Beginn von Massnahmen beruflicher Art oder bis zu einem Stellenantritt auf dem freien Arbeitsmarkt) in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen (Art. 14a Abs. 2 IVG, Art. 4 quinquies Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]; Botschaft vom 22. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4523 und 4564; Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die Integrationsmassnahmen [KSIM], gültig ab 1. Januar 2008, Rz. 9 ff. sowie Anhang 1 [www.bsv.admin.ch/vollzug]; Adelaide Bigovic-Balzardi / Bernhard Frei / Nancy Wayland Bigler: Die 5. IV-Revision vor der Differenzbereinigung, Soziale Sicherheit [CHSS], 2006, S. 209 ff.). Die Integrationsmassnahmen sollen die Lücke schliessen zwischen sozialer und beruflicher Integration (Rz. 1001 KSIM; Erwin Murer: Invalidenversicherung: Prävention, Früherfassung und Integration, Bern, 2009, Art. 14a IVG N 5 S. 172 f.; BGE 137 V 1 E. 3.2 S. 4 f.).

9.2 Nach Art. 14a Abs. 1 IVG haben Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind, Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können. Der Anspruch setzt ausserdem die Fähigkeit der Versicherten voraus, eine Präsenzzeit von mindestens zwei Stunden täglich während mindestens vier Tagen pro Woche zu absolvieren (Art. 4 quater Abs. 1 IVV). Anspruch auf Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation, haben Versicherte, die in Bezug auf Massnahmen beruflicher Art noch nicht eingliederungsfähig sind (Art. 4 quater Abs. 2 IVV).

9.3 Art. 14a Abs. 1 IVG verweist für den Begriff der Arbeitsunfähigkeit auf Art. 6 ATSG. Arbeitsunfähigkeit ist gemäss dieser Bestimmung die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Satz 1 ATSG). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Satz 2 ATSG; zur langen Dauer: Ulrich Meyer-Blaser: Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, S. 39 ff.; Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 6 ATSG N 67 ff.; BGE 137 V 1 E. 7.2 S. 10).

9.4 Art. 14a Abs. 1 IVG ist im Zusammenhang mit Art. 14a Abs. 2 IVG zu sehen, wonach als Integrationsmassnahmen gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation (lit. a) und Beschäftigungsmassnahmen (lit. b) gelten. Es geht darum, bei denjenigen Versicherten, die aktuell nicht eingliederungsfähig sind oder deren Eingliederungsfähigkeit verloren zu gehen droht, die Eingliederungsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten (BBl 2005 4521 ff., 4564; Murer, a.a.O., Art. 14a IVG N 4 und 31; Silvia Bucher: Die Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung nach Art. 14a IVG, in: Gabriela Riemer-Kafka / Alexandra Rumo-Jungo [Hrsg.]: Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit, Festschrift für Erwin Murer zum 65. Geburtstag, 2010, S. 111). Ist aber jemand in einer anderen zumutbaren Tätigkeit arbeitsfähig, so ist er (in dieser anderen Tätigkeit) bereits eingliederungsfähig; er braucht keine Integrationsmassnahmen mehr, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen (anderer Meinung: Bucher, a.a.O., S. 104). Es gibt keinen Grund, Massnahmen zur Ermöglichung einer beruflichen Eingliederung durchzuführen, wenn auch ohne solche Massnahmen eine

berufliche Eingliederung bereits umgesetzt werden kann (137 V 1 E. 7.2.3 S. 12). 9.5 Wie in Erwägung 9.2 hiervoor ausgeführt, ist gemäss Art. 14a IVG zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin seit mindestens seit sechs Monaten zu wenigstens 50 % in ihrer angestammten Tätigkeit oder einer angepassten Verweistätigkeit arbeitsunfähig ist: 9.5.1 Die Einschätzungen der Ärzte betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin stimmen darin überein, dass ihr die angestammte und über circa 17 Jahre ausgeübte Tätigkeit als Filialleiterin bei der [...] mit einem Arbeitspensum von 80 % (vgl. IV-Nr. 11, A.S. 7 unten) aufgrund der gesundheitlichen Problematik am Rücken seit 2. Februar 2016 nicht mehr zumutbar ist (vgl. E. II. 6.4 f., 6.14 hiervoor). Jedenfalls sind in den vorliegenden Akten keine dieser Einschätzung widersprechenden ärztlichen Angaben dokumentiert. So wurde auch im Bericht betreffend die Abklärungen bei der D.\_\_\_\_ vom 4. November 2016 (vgl. E. II. 6.10 hiervoor) festgehalten, in der bisherigen Tätigkeit als Filialleiterin mit häufig monoton-statischer sowie gehender Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit dem 2. Februar 2016 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Es kann in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass der Beschwerdeführerin die Stelle als Filialleiterin aufgrund der Filialschliessung per 29. Februar 2016 durch die Arbeitgeberin gekündigt wurde (IV-Nr. 11 S. 7). Demzufolge überzeugt die Ausführung der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 19. September 2016 (vgl. E. II. 6.9 hiervoor), wonach die Kündigung aus invaliditätsfremden Gründen erfolgt sei. 9.5.2 Es stellt sich die Frage, wie es sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit verhält (vgl. dazu E. II. 9.4 hiervoor). Diesbezüglich hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ in seinem ausgefüllten Fragbogen für den Krankentaggeldversicherer B.\_\_\_\_ vom 29. März 2016 (vgl. E. II. 6.4 hiervoor) fest, für eine geeignete leichtere Tätigkeit bestehe weder eine volle noch eine zumindest teilweise Arbeitsfähigkeit. Da er indes nicht näher darauf einging und sich somit nicht vertieft mit der Arbeitsfähigkeit und den diese begründenden gesundheitlichen Befunden/Diagnosestellungen auseinandersetzte, vermag seine Einschätzung nicht zu überzeugen. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf die äusserst knapp gehaltenen Antworten betreffend die Fragen des Krankentaggeldversicherers B.\_\_\_\_ durch den die Beschwerdeführerin behandelnden Hausarzt med. pract. H.\_\_\_\_. So führte er am 21. März 2016 (vgl. E. II. 6.3 hiervoor) aus, das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit in einer anderen Tätigkeit sei noch nicht absehbar. Nach der Durchführung der Steroidinfiltration im April 2016 wies med. pract. H.\_\_\_\_ am 2. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.5 hiervoor) eine 50%ige «Besserung» aus. Aufgrund dieser durch den Hausarzt selbst ausgewiesenen verbesserten Schmerzsituation bei der Beschwerdeführerin erscheint seine anschliessende Darlegung, wonach die Arbeitsfähigkeit weder gesteigert noch voll erreicht werden könne, nicht nachvollziehbar. Da er sich denn auch nicht weiter mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt hat, vermag seine undifferenzierte Einschätzung nicht zu überzeugen. So bleibt insbesondere unklar, weshalb sich eine um 50 % verbesserte Schmerzsituation nicht in der Arbeitsfähigkeit niederschlagen soll. Es kann im Übrigen in Bezug auf die Berichte von med. pract. H.\_\_\_\_ festgehalten werden, dass behandelnde Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Daher verfolgen ihre Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre

auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.).

Aufgrund dieser Ausführungen kann vorliegend nicht unbesehen auf die ohnehin sehr dürftigen und nicht begründeten Einschätzungen von med. pract. H.\_\_\_\_ abgestellt werden. Der Internist Dr. med. K.\_\_\_\_ legte in seinem Bericht vom 19. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) demgegenüber dar, dass die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit (ohne Heben von Gewichten, ohne Zwangshaltung, Tätigkeiten in wechselnder Position) mittelfristig wahrscheinlich eine teilweise Arbeitsfähigkeit erreichen könne, wobei die Gefahr von Rückfällen bestehe. Somit ging er prognostisch davon aus, dass die Beschwerdeführerin in einer ihrem Leiden angepassten Tätigkeit zumindest teilweise wieder arbeitsfähig sein werde, wobei er keine genaueren Angaben zum möglichen bzw. zumutbaren Arbeitspensum oder zum zeitlichen Arbeitsbeginn machte. In diesem Sinn führte auch die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ anlässlich des Intake-Gesprächs vom 26. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) aus, eine weitere 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei aktuell nicht mehr gerechtfertigt. So könne bei einer Behandlung lege artis nicht von einer Invalidität (Arbeitsunfähigkeit) ausgegangen werden, d.h. der Beschwerdeführerin seien leichte wechselbelastende Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar. Sie bezog sich dabei im Wesentlichen auf eine durch die Cortisoninfiltration erfolgte Beschwerdereduktion. Diese ärztliche Beurteilung vermag im Hinblick auf die durchgeführte und zu einer 50%igen Schmerzreduktion führenden Steroidinfiltration vom April 2016 (vgl. E. II. 7 hiervor) zu überzeugen. Denn bereits der Orthopädische Chirurg Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ führte in seiner Beurteilung vom 25. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) aus, er werde vorderhand aktuell nichts unternehmen, da die Beschwerdeführerin eindeutig durch die Infiltration gebessert sei. Er wies indes darauf hin, dass eine Dekompression des Spinalkanals früher oder später notwendig sein werde. Aufgrund dieses ausgewiesenen, gebesserten Schmerzzustandes der Beschwerdeführerin erscheint es plausibel, dass sie nicht mehr als voll arbeitsunfähig eingestuft wurde. Dr. med. C.\_\_\_\_ bekräftigte diese Einschätzung sodann in ihrer Stellungnahme vom 19. September 2016 (vgl. E. II. 6.9 hiervor), indem sie auf einen aktuell gebesserten Gesundheitszustand hinwies und darlegte, dass eine attestierte längerdauernde Arbeitsunfähigkeit weder eingereicht noch ausgewiesen worden sei, so dass auch jetzt im gebesserten Zustand eine angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Nach Beendigung der zurzeit noch nicht abgeschlossenen Behandlung sei der Beschwerdeführerin aus aktueller Sicht wieder eine volle Leistungsfähigkeit in einer angepassten leichten wechselbelastenden Tätigkeit zumutbar. Dabei nahm sie im Wesentlichen auf den Bericht von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 16. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) Bezug. Dieser wies aufgrund seiner Wirbelsäulensprechstunde auf eine «ausserordentliche Angst vor einer Belastung des linken Beins wegen allfälliger Exazerbation der Beschwerden» bei der Beschwerdeführerin hin und verneinte das Vorliegen von objektivierbaren neurologischen Ausfällen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich indes nicht. Gemäss Dr. med. C.\_\_\_\_ handle es sich bei diesen Feststellungen (Angst vor Belastung, bei fehlenden neurologischen Befunden) um Hinweise auf eine «gewisse Anpassungsproblematik, allerdings ohne Einfluss auf die Zumutbarkeit». Aufgrund dieser nachvollziehbaren Erläuterungen der RAD-Ärztin erscheint ihre Einschätzung betreffend einer der Beschwerdeführerin «jetzt im gebesserten Zustand» zumutbaren 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nachvollziehbar. Ihre Beurteilungen werden durch die ärztlichen Einschätzungen im

Rahmen der durchgeführten Abklärungen der D.\_\_\_\_ vom 20. / 21. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) gestärkt. So hätten bei der Beschwerdeführerin aufgrund der durchgeführten EFL keine funktionellen Limiten beobachtet werden können. Die Ärzte wiesen jedoch auf ein im Vordergrund stehendes Schon- und Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin und eine fragliche Leistungsbereitschaft hin. So wurde im Rahmen der durchgeführten Tests von einer deutlichen Selbstlimitierung und einer schlechten Konsistenz gesprochen. Diese Ausführungen lassen sich aufgrund der geschilderten Beobachtungen nachvollziehen (IV-Nr. 29 S. 14): So sei die Beschwerdeführerin beim Sitzen kurz während der Anamnese wegen Kribbeln im linken Bein nach 10 Minuten aufgestanden und habe nachher problemlos die vorgeschriebene Zeit von 30 Minuten sitzen können. Es wurde weiter drauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin sehr unruhig gestanden und immer wieder ihre Haltung gewechselt habe. Sie habe den Test (Stehen an Ort, Minuten) schmerzbedingt vorzeitig nach 15 Minuten abgebrochen, ohne beobachtbare funktionelle Limite. Daher erscheint die durch die Ärzte aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer angepassten leichten Tätigkeit mit Möglichkeit der Wechselpositionierung ganztags mit vermehrten Pausen à zwei Stunden pro Tag überzeugend. Da bei den durchgeführten Tests beim Gehen und Treppensteigen ein starker Pulsanstieg festgestellt wurde (IV-Nr. 29 S. 14), erscheint zudem die weitere ärztliche Einschätzung schlüssig, wonach durch eine muskelstabilisierende Physiotherapie mit Muskelaufbau und Konditionstraining eine innert sechs Monaten zu erreichende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % möglich sei. In diesem Zusammenhang vermag denn auch einzuleuchten, wenn die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) ausführte, es würden durch die Abklärungen der D.\_\_\_\_ keine neuen Tatsachen geltend gemacht, so dass an der Stellungnahme vom 19. September 2016 festgehalten werden könne. Die erst nach der angefochtenen Verfügung verfassten medizinischen Stellungnahmen (E. II. 6.12 ff. hiervor) lassen keine zuverlässigen Rückschlüsse auf den hier zu beurteilenden Sachverhalt bis zum 18. Januar 2107 zu und sind daher nicht geeignet, dieses Ergebnis in Frage zu stellen. Sie können allenfalls die Grundlage einer Neuanmeldung bilden (vgl. E. II. 13 hiernach).

9.5.3 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin seit dem 2. Februar 2016 bis zum hier massgebenden Zeitpunkt vom 18. Januar 2017 (vgl. E. II. 4.3 hiervor) nicht mehr gearbeitet hat. Ihr wurde die Arbeitsstelle bei der [...] per 29. Februar 2016 aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt. Aus den vorliegenden Akten erhellt übereinstimmend, dass ihr die bisherige Tätigkeit als Filialeiterin nicht mehr zumutbar ist (vgl. E. II. 9.5.1 hiervor). Anders verhält es sich indes in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit. So ist insbesondere gestützt auf die übereinstimmenden Beurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ und der Ärzte im Rahmen des Gutachtens der D.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin nach der Durchführung der Steroidinfiltration vom April 2016 und der diesbezüglich ausgewiesenen, verbesserten Schmerzsituation möglich gewesen wäre, eine leidensadaptierte Tätigkeit aufzunehmen und zu einem Pensum von 75 % bis 80 % auszuüben. Zudem sei der Beschwerdeführerin nach Durchführung von therapeutischen Behandlungen eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit zumutbar (vgl. E. II. 9.5.2 hiervor). Es ist folglich nicht von einer über einen längeren Zeitraum von mindestens seit sechs Monaten andauernden, zu wenigstens 50 % bestehenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Damit sind die Voraussetzungen für die Durchführung von Integrationsmassnahmen nach Art. 14a IVG nicht erfüllt.

9.5.4 Das Vorbringen der Beschwerdeführerin (A.S. 10), wonach sie die Arbeit am 2. Februar 2016

ausgesetzt habe und somit die zeitliche Voraussetzung am 2. August 2016 (nach einer Zeitdauer von sechs Monaten) erfüllt gewesen sei, erweist sich als nicht stichhaltig. Denn – wie oben ausgeführt – wäre der Beschwerdeführerin die Aufnahme einer angepassten Tätigkeit bereits ab April 2016 zumutbar gewesen. Damit erübrigt sich die Durchführung von Integrationsmassnahmen, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen (vgl. E. II. 9.4 hiervor am Schluss). Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 18. Januar 2017 (A.S. 1 ff.) das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf Integrationsmassnahmen gemäss Art. 14a IVG abgewiesen hat. 10. In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin ebenfalls beantragten beruflichen Massnahmen gemäss Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG wie Berufsberatung, Arbeitsvermittlung und Massnahmen gemäss Art. 18a und b IVG (vgl. A.S. 11), kann gemäss den vorliegenden Akten festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist, ihr aber eine angepasste Tätigkeit in einem Arbeitspensum von 75 % bis 80 % zumutbar wäre. Zudem sei der Beschwerdeführerin laut Einschätzung von Dr. med. C.\_\_\_\_ nach Abschluss der Behandlung wieder eine volle Leistungsfähigkeit in einer angepassten leichten wechselbelastenden Tätigkeit zumutbar (vgl. E. II. 6.9 hiervor). Diese Beurteilung wird auch im Rahmen des Gutachtens der D.\_\_\_\_ vom 4. November 2016 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) geteilt. Dort wird festgehalten, dass nach der Durchführung einer sechsmonatigen muskelstabilisierenden Physiotherapie mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bis auf eine 100 %-Tätigkeit gerechnet werden könne. Gestützt auf diese Ausführungen ist bei der Beschwerdeführerin weder eine Invalidität noch eine Bedrohung von einer Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG (vgl. E. II. 3.2 hiervor) ersichtlich. Es besteht bei der Beschwerdeführerin folglich kein Anspruch auf die Durchführung von beruflichen Massnahmen. Die Beschwerdegegnerin hat daher auch dieses Leistungsbegehren mit Verfügung vom 18. Januar 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen. 11. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Die Beschwerdeführerin hat im hier zu beurteilenden Zeitraum keinen Anspruch auf die Durchführung von Integrationsmassnahmen und beruflichen Eingliederungsmassnahmen. 12. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C\_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von einer, wie von der Beschwerdeführerin beantragten (A.S. 10), Parteibefragung keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist von einer solchen abzusehen. 13. Wie bereits unter II. E. 4.3 hiervor ausgeführt, kann der Sachverhalt vom Gericht nur bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung, d.h. bis zum 18. Januar 2017, beurteilt werden. Der Beschwerdeführerin bleibt es jedoch unbenommen, sich bei der Beschwerdegegnerin unter Einreichung sämtlicher medizinischer Berichte allenfalls erneut zum Leistungsbezug anzumelden, wenn sich ihre gesundheitliche Situation nach dem 18. Januar 2017 verschlechtert haben sollte. 14. 14.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 14.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten

werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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