

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00388 vom 9. April 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-04-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00388

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00388 du 9 avril 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00388 del 9 aprile 2024

Erwägungen

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS A.____ vom 28. Januar 2020 , ergänzt am 17. März/ 1. April 2020 (vorstehend E. 5.1) , beruht auf den erforderlichen allgemeininternistischen, rheumatologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander.

Sie zeigten auf, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht seit 2017 nicht verändert hat und aus rheumatologischer und neuropsychologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Aus psychiatrischer Sicht hielten sie fest, dass sich im Vergleich zur Begutachtung von 2016 keine eigentliche objektive Verschlechterung mit Ausnahme einer gewissen Chronifizierung feststellen lässt, dass sie aber bei gleichem Sachverhalt zu einer anderen Beurteilung als die Vorgutachter kommen , wobei ihnen eine genaue Beurteilung aber nicht möglich war . Die Gutachter gelangten sodann zur Ansicht, dass die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen über keine Wegfähigkeit mehr verfügt und die Wohnung nicht mehr alleine verlassen kann und schon aus diesem Grund eine Arbeitstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausser Betracht fällt. Das Gutachten entspricht den recht sprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. vorstehend E. 1.7) , was im vorliegenden Verfahren grundsätzlich unbestritten ist . Die Beschwerdeführerin machte zwar geltend, dass aufgrund des langen Zeitraums seit der Begutachtung und den seither eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterungen nicht mehr auf das Gutachten abgestellt werden könne . Dass nach der Begutachtung (Untersuchungen vom November 2019) zusätzliche Beschwerden aufgetreten sind, vermag jedoch an der Beweiskraft des Gutachtens nichts zu ändern. Vielmehr ist auf dieses abzustellen und bis zur Begutachtung von einer seit dem Vergleichszeitpunkt unveränderten Situation, mithin von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen.

Zu prüfen bleibt, wie es sich anschliessend und bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2023 mit der gesundheitlichen Situation der

Beschwerdeführerin verhielt .

E. 6.2

Dass sich diese verschlechtert hat , ist

ausgewiesen . So

bestätigte auch RAD-Arzt pract . med. R. ___ , dass der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Lungen erkrankung und de r seit dem Sturz vom Mai 2022 bestehenden Restbeschwerden spätestens seit Mai 2022 die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe aus soma tischer Sicht nicht mehr zumutbar ist. Vor diesem Hintergrund ist der Verweis auf eine im Wesentlichen unveränderte gesundheitliche Situation seit dem Vergleichszeitpunkt im angefochtenen Entscheid nicht zutreffend und die nach Ansicht der Beschwerdegegnerin weiterhin bestehende 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit nicht ausreichend begründet. Denn spätestens seit Mai 2022 liegt ein Revisionsgrund vor, weshalb der Renten anspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen ist, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin holte zwar diverse Berichte von verschiedenen Fachärzten ein, doch äusserten sich die wenigsten davon zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht und sie wurden dazu auch nicht aufgefordert. RAD-Arzt pract . med. R. ___ leitete aus den Berichten eine Arbeitsfähigkeit von 70 %

in einer angepassten Tätigkeit ab, ohne seine Einschätzung jedoch näher dar zu legen . Für eine nachvollziehbare Begründung der Arbeitsfähigkeit ist es jedenfalls nicht ausreichend, aus verschiedenen Arzt berichten einzelne Diagnosen auszuwählen und zu diesen jeweils festzuhalten, dass sich daraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit ergebe. Zwar mag allenfalls zutreffen, dass die somatischen Diagnosen - würde jeweils nur eine davon vorliegen - für sich alleine keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. Bei den diversen Gesundheitsstö rungen der Beschwerdeführerin ist es aber durchaus denkbar, dass diese im Zusammenspiel zu einer solchen führen könnten. Um darüber zu befinden , ist eine Konsensbeurteilung von verschiedenen Fach ärzte n erforderlich. Pract . med. R. ___ fehlt dazu die

gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung

notwendige fachliche Qualifikation (vgl. dazu vorstehend E. 1.8). Dasselbe gilt für seine Einschätzung der psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin , zumal er sich diesbezüglich darauf beschränkt , auf einen unveränderten psychischen Gesundheitszustand und demzufolge eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zu verweisen . Dies reicht nicht aus, wenn wie vorliegend ein Revisionsgrund gegeben und demzufolge eine umfassende Prüfung der Verhältnisse erforderlich ist, und sowohl der psychiatrische Gutachter (vorstehend E. 5.1) als auch die behandelnde Psychiaterin (vorstehend E. 5.3 , vgl. auch Urk. 7/174) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus gehen , der Einschätzung des RAD also diametral widersprechen. An der Schlüssigkeit der Feststellungen von RAD-Arzt pract . med. R. ___ bestehen nach dem Gesagten zumindest

geringe Zweifel , weshalb auf diese zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Beschwer deführerin nicht abgestellt werden kann. Auch gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte lässt sich diese nicht beurteilen, äussern sie sich doch teilweise überhaupt nicht dazu

beziehungsweise vermögen sich dazu nicht zu äussern (vgl. etwa Urk. 7/191) oder beurteilen fachfremde Beschwerden (vgl. etwa vorstehend E. 5.3).

E. 6.3

Aufgrund der Akten kann somit

nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig ist beziehungsweise seit der Begutachtung im November 2019

allenfalls vorübergehend war. Der angefochtene Entscheid ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie dazu weitere Abklärungen tätige und eine erneute Begutachtung unter Einbezug der seit November 2019 neu aufgetretenen Beschwerden durchführen lasse. Anschliessend wird sie auch die Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich (Haushalt) erneut abzuklären haben, wurde die Abklärung vom 10. Januar 2023 (vgl. Bericht vom 21. Februar 2023, Urk. 7/204) doch bei unklarem und somatisch instabilem Gesundheitszustand durchgeführt und ist insofern nur bedingt aussagekräftig. In diesem Zusammenhang ist sodann darauf hinzuweisen, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte 80- bis 100%ige Arbeitstätigkeit im Gesundheitsfall mit Blick auf die Ausführungen des hiesigen Gerichts im Urteil vom 20. November 2018 (Prozess-Nr. IV.2017.00541; Urk. 7/94)

zumindest fraglich ist. Wie es sich damit verhält, kann zum jetzigen Zeitpunkt aber offenbleiben. Nach Vornahme der erforderlichen Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin über die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin erneut zu entscheiden haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 7.7.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Der Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu,

welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVer). Entsprechend ist ihr eine solche von Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2023 für die Periode ab November 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel
und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu
enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden
sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Gräub Lanzicher

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente ,
bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem
Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem
Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in
Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.
Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität
und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger
Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus gleichem
Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum
Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in Invalidität geworden wäre (sog.
Valideneinkommen). 1.5

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des
Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16
ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die
Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der
Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten
oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der
Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a
Abs. 3 IVG); dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 141 V 15
E. 3.2 mit Hinweisen). 1.6

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach
Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss
Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu
machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den

Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundes gerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1. 7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 1.8

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbs tätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.3.2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzu nehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210

E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweis würdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 17. Juli 2023 (Urk. 2) damit, dass seit dem letzten Entscheid keine wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Situation vorliege. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin zu 70 % arbeitsfähig. Bei guter Gesundheit würde sie einer 32 %igen Erwerbstätigkeit nachgehen. Im Haushalt (Anteil 68 %) sei sie zu 19 % eingeschränkt. Dies ergebe einen Invaliditätsgrad von 23 % . Seit Mai 2022 sei die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe nicht mehr zumutbar . In einer optimal angepassten Tätigkeit liege die Arbeitsfähigkeit unverändert bei 70 % . Für die Berechnung des Invaliditätsgrades für den Erwerb werde auf statistische Werte abgestützt. Die Einschränkungen im Haushalt seien unverändert. Der Invaliditätsgrad betrage neu 21 % . Es bestehe weiterhin kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht indiziert. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), sie habe die Beschwerdegegnerin darauf hingewiesen, dass nach der Begutachtung zahlreiche weitere Behandlungen stattgefunden hätten. Insbesondere sei auch die Heilbehandlung bezüglich der im Mai 2022 erlittenen Unfallverletzungen noch pendent. In Verletzung ihrer Abklärungspflicht habe die Beschwerdegegnerin jedoch auf die Einholung der Berichte verzichtet. Sie leide an weiteren - näher dargelegten - Beschwerden. Auf das über 3.5 Jahre alte Gutachten der MEDAS

A. ___ könne aufgrund der seitherigen objektivierbaren gesundheitlichen Verschlechterung nicht mehr abgestellt werden. Auch könne am Fazit des Gutachtens, wonach sich seit Mai 2017 bis zum Verfügungserlass keine relevante Gesundheitsverschlechterung ergeben habe, nicht festgehalten werden. Vielmehr sei ein alle relevante Fachdisziplinen umfassendes Verlaufsgutachten erforderlich, um eine beweiskräftige Beurteilung über den gesamten massgebenden Zeitraum zu erhalten. Die Stellungnahme des RAD

vermöge eine versicherungsexterne polydisziplinäre Begutachtung nicht zu ersetzen . Dass trotz der gesundheitlichen Verschlechterung und des inzwischen polymorbiden Gesundheitszustandes immer noch eine 70%ige Restarbeitsfähigkeit bestehen solle , wie dies im letzten Gutachten

2016 der Fall gewesen sei, sei nicht nachvollziehbar (S. 4-

E. 11

13). 3.

Vergleichszeitpunkt für eine für die Neuanmeldung relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bildet die mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 20. November 2018 (Prozess-Nr. IV.2017.00541; Urk. 7/94) bestätigte Verfügung vom 6. April 2017 (Urk. 7/81), mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hatte . 4.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Vergleichszeitpunkt auf folgende Berichte: 4.1

Dr. med. B.____ , Innere Medizin und Rheumatologie FMH, führte in seinem Bericht vom 9. Dezember 2013 (Urk. 7/12) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1): - Arthralgien Hände beidseits, Differentialdiagnose Insertionstendinopathien - Röntgen Hände beidseits 22. Mai 2013: Minimale PIP Fingerpolyarthrose und Rhizarthrose beidseits, ansonsten altersentsprechend - MR beider Hände vom 31. Mai 2013: altersentsprechend, keine relevanten Arthrosen / Arthritiden - Zervikobrachialgie beidseits - Röntgen Halswirbelsäule 22. Mai 2013: Initial Spondylarthrosen C5/6 und C6/7 beidseits, ansonsten altersentsprechend - Anamnestisch sonographisch normale Schulter- und Ellbogen-Befunde rechts (11/2012) - Anamnestisch neurologische Untersuchung 12/2012 ohne Korrelat, Herr Dr. C.____ - Ausgeprägte myofasziale Schmerzen - Epicondylopathia

humeri

radialis beidseits - Fibromyalgiesyndrom , Erstmanifestation 08/2013 - 08/2013 sämtliche Fibromyalgie Tenderpoints positiv

Dazu hielt er fest, aus rheumatologischer Sicht seien die Einschränkungen geringgradig, massgeblich sei das Fibromyalgiesyndrom wahrscheinlich an den Symptomen ursächlich beteiligt, weswegen eine psychiatrische Beurteilung indiziert wäre. Eine Arbeitsunfähigkeit sei von ihm weder attestiert noch thematisiert worden. Aus rein rheumatologischer Sicht beständen für eine behinderungsangepasste Tätigkeit (leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeiten) keine Einschränkungen (S. 2). 4.2

Dr. med. D.____ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem undatierten Bericht (Versanddatum 24. Februar 2014 , Urk. 7/

E. 15

) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Mittelgradige depressive Episode (« larvierte Depression ») mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), bestehend seit mindestens 2012

Zudem hielt er folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), schleichend aufgetreten etwa 2011/2012

Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 14. Dezember 2013 in seiner integrierten psychiatrischen Behandlung, dies mit 2-4 Sitzungen monatlich. Vordergründig sei sie vor allem durch das seit einiger Zeit bestehende Schmerzsyndrom eingeschränkt. Die Hauptproblematik liege jedoch eher in einer seit längerem bestehenden schleichenden depressiven Entwicklung, welche auf den ersten Blick schwierig zu entdecken und diagnostizieren sei, gerade auch weil eine deutliche Dissimulationstendenz bestehe. Die Depressivität äussere sich in ausgeprägten Überforderungsgefühlen, im Gefühl der Erschöpfung , in fehlenden Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Rückzugstendenz, Scham, Schuld und Ineffizienzgefühlen. Mit der Erledigung ihrer persönlichen, administrativen, finanziellen und familiären Angelegenheiten stosse sie an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. 4.3

Dr. med. E.____ , Leitender Arzt, und Dr. phil. F.____ , Leitende Psychologin, vom Sanatorium G.____ , wo sich die Beschwerdeführerin vom 25. November bis 19. Dezember 2014 in stationär-psychiatrischer Behandlung befand, führten im Austrittsbericht vom 23. Dezember 2014 (Urk. 7/33) folgende Hauptdiagnose auf (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Zudem stellten sie folgende Nebendiagnose (S. 1): - Fibromyalgie

Dazu hielten sie fest, zu Beginn der Behandlung sei es der Beschwerdeführerin schwergefallen, die Diagnose Depression anzunehmen, da sie diese mit Eigenschaften wie Faulheit und Schwäche in Verbindung gebracht habe. Die depressiven Symptome wie Antriebslosigkeit, Motivationslosigkeit sowie Freudlosigkeit habe sie zeitlich in Beziehung mit dem Ausbruch ihrer Fibromyalgie gestellt. Seither habe ihr Bewegungsradius kontinuierlich abgenommen und den Sport, den sie vor dem Ausbruch der Fibromyalgie getrieben habe, habe sie schmerzbedingt nicht mehr ausüben können. Die fehlende körperliche Betätigung sowie das Gefühl, auf Hilfe von anderen angewiesen zu sein, hätten bei ihrer depressiven Beschwerden ausgelöst, welche durch den sozialen Rückzug noch verstärkt worden seien. Im Rahmen der Therapie hätten diese aufrechterhaltenden Mechanismen gemeinsam mit der Beschwerdeführerin erarbeitet werden können, was es ihr letztlich möglich gemacht habe, die Diagnose Depression für sich anzunehmen. Sie sei nach vier Wochen in deutlich besserer Grundstimmung ausgetreten (S. 2 f.). 4.4

Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 2. Dezember 2015 aus (Urk. 7/41), die Beschwerdeführerin stehe seit dem 16. April 2015 in ihrer Behandlung. Es bestehe ein das körperliche und psychosoziale Funktionsniveau erheblich beeinträchtigendes komplexes Störungsbild, welches ihr Alltagsleben und ihre Erwerbstätigkeit massiv einschränke beziehungsweise verunmögliche (S. 1). Ein im Zusammenhang mit den kognitiven Beeinträchtigungen durchgeführtes MRI des Schädels inklusive MR-Angiographie habe eine unspezifische posteriore parietale Atrophie ergeben, ansonsten hätten keine Hinweise auf einen Morbus Alzheimer oder eine frontotemporale Demenz bestanden. Bei weiterer Zunahme der kognitiven Symptomatik sei eine Verlaufskontrolle in einem Jahr empfohlen worden. Hinweise für eine vaskuläre Leukoencephalopathie oder einen ischämischen Infarkt hätten nicht bestanden. Therapeutisch werde eine wirksame antidepressive Psychopharmakotherapie durch eine hohe Suszeptibilität für unerwünschte Arzneimittelwirkungen erschwert. Insbesondere aufgrund der hochdosierten zentral wirksamen Schmerztherapie beständen hierbei auch relevante Interaktionen, die eine geeignete Medikation erschweren würden (S. 2). Zur angemessenen Beurteilung des Funktionsniveaus werde eine psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung empfohlen (S. 3). 4.5

Dr. med. I.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, med. pract. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. K.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, von der Z.____ AG, stellten in ihrem Gutachten vom 2. August 2016 (Urk. 7/58) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 41): - Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst ; ICD-10 F41.0)

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 41): - Multilokuläres Ganzkörperschmerzsyndrom ohne anatomisch erklärbares Korrelat - Migräne ohne Aura - Anamnestic Asthma bronchiale mit/bei: - aktuell normaler Lungenfunktionsprüfung - Kontaktanlässe mit Bezug auf die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z59) - Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse, Tod der kleinen Schwester, Drogenabhängigkeit der mittleren Schwester (ICD-10 Z61)

Dazu führten sie aus, aus allgemein-medizinischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für alle bisherigen Tätigkeitsbereiche als zu 100 % arbeitsfähig zu beurteilen (S. 44 f.).

Bei der rheumatologischen Untersuchung finde sich eine diskrete Fehllhaltung der Brustwirbelsäule mit tiefreichender akzentuierter Brustkyphose und einem leichten Schultertiefstand rechts bei absolut freier Wirbelsäulenbeweglichkeit. Diese Befunde würden die praktisch ubiquitären Schmerzen der Beschwerdeführerin nicht erklären. Im Dezember 2015 habe sie vermutlich ein Lumbo - ischialgie syndrom durchgemacht, wobei heute als Restbefund noch ein leichtes Taubheitsgefühl am lateralen rechten Fuss bestehe, welches sie aber funktionell nicht einschränke. Die Gelenke würden sich durchwegs frei und schmerzlos bewegen und keinerlei Defizite zeigen. Die ubiquitären Schmerzen periartikulär an den Gelenken, aber auch im Bereich der Muskulatur, und der brennende Schmerz der Haut und der Kopfhaut seien Ausdruck eines Ganzkörper schmerzsyndroms ohne eigentliche anatomisches Korrelat. Ausgeschlossen sei ein entzündlich rheumatisches Geschehen, eine beginnende Kollagenose, aber auch eine Myopathie. Dem entsprechend sei die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe aus rein rheumatologischer Sicht bei fehlenden Defiziten im Bereich der Gelenke und der Wirbelsäule sowie der Muskulatur 100%ig arbeitsfähig (S.

45).

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration hätten sich keine der Basissymptome einer depressiven Episode gefunden. Die Beschwerdeführerin berichte nur über eine schmerzbedingte Antriebsverminderung und eine erhöhte Tagesmüdigkeit, was allerdings aufgrund der massiven Schlafstörung (Angst vor dem Einschlafen) nicht weiter verwundere. Leichtere depressive Verstimmungen und Ängste kämen sowohl bei der « somatoformen Schmerzstörung » als auch bei der « Neurasthenie » vor. Bei einer Neurasthenie könne auch der Schlaf gestört sein. Ebenso kämen Freudlosigkeit und abnehmendes körperliches Wohlbefinden sowie muskuläre und andere Schmerzen vor. Sie schildere die typischerweise bei einer « Panik attacke » auftretenden Symptome wie wiederkehrende Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken würden, deshalb nicht vorhersehbar seien und etwa einmal wöchentlich aufträten. Bei den generalisierten Ganzkörperschmerzen handle es sich um einen Weichteilschmerz, der sich wie « Brennesseln » anfühle. Insgesamt fühle sie sich in ihrer Haut sehr unwohl. Dies habe im Verlauf dazu geführt, dass sie zu Hause immer weniger ihren Haushaltstätigkeiten nachgehen könne und sich inzwischen hilflos, wertlos und nutzlos wie ein Pflegefall fühle. Sie habe ehemals Sport getrieben, traue sich nunmehr aber kaum noch vor die Tür und überlasse auch die Spaziergänge mit dem Hund dem Ehemann oder der Tochter. Ihren Haushalt könne sie jedoch mit Pausen erledigen, sie könne die Wohnung putzen, allabendlich eine warme Mahlzeit zubereiten und aktuell sogar für den Ehemann Diät kochen, da dieser sich kürzlich einer Gallenblasenoperation habe unterziehen müssen. Sie sei auch imstande Auto zu fahren, habe aber Mühe, sich in fremder Umgebung zu orientieren. Der innerpsychische Konflikt, welcher der « somatoformen Schmerzstörung » zugrunde liege, sei möglicherweise in unverarbeiteten Verlusterlebnissen begründet (früher Tod der kleinen Schwester, Abhandenkommen der noch lebenden an deren Schwester infolge schwerer Drogenabhängigkeit, Trennung vom jahrelang durch sie betreuten Sohn der Schwester). Diesen für sie traumatisierenden Erfahrungen habe sie jahrelang unter stetiger Aktivität, auch in sportlicher Hinsicht, und vielfältigen Lebensaufgaben wie auch freudiger Arbeitstätigkeit entkommen können. So habe sie entsprechende Gefühle gar nicht wahrgenommen, sodass sich schliesslich bei « relativer Ruhe » ein generalisiertes Schmerzsyndrom entwickelt habe, für das keine

somatische Grundlage habe gefunden werden können. Die einzelnen Diagnosen würden für sich genommen nicht zu einer psychiatrisch begründbaren Arbeitsunfähigkeit führen. Das Zusammenspiel führe jedoch auf dem Boden der biografisch bedingten Verlusterlebnisse (psychosoziale Faktoren) ohne psychosomatisch fundierte (zunächst stationäre) und suffiziente Behandlung aus rein psychiatrischer Sicht zu einer Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Nach einer entsprechenden ausreichend intensiven und lang andauernden Behandlung sei davon auszugehen, dass wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erlangt werden könne (S. 45-47).

Retrospektiv sei die Beschwerdeführerin seit Beginn ihrer Krankschreibung im Dezember 2013 bis zur Aufnahme der regelmässigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. H. ___ am 16. April 2015 mehrheitlich zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Spätestens ab Oktober 2015 (also sechs Monate nach Behandlungsbeginn) hätte dank der Psychotherapie, welche laut der Beschwerdeführerin subjektiv auch wirksam gewesen sei, wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit hergestellt worden sein müssen. Aufgrund der aktuellen Symptomatik könne heute noch von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, welche sich unter Therapie wohl weiter steigern lasse. Zuletzt sei sie in einem Café in einem 40 %-Pensum tätig gewesen. Bezogen auf ein Vollzeitpensum sei ihr diese Tätigkeit aus interdisziplinärer Sicht zu 70 % zumutbar. Die Haushaltsabklärung von Oktober 2014 habe eine Einschränkung im Haushaltsbereich von ebenfalls knapp 30 % (28,5 %) ergeben. Dies sei aufgrund der aktuellen Befunde immer noch nachvollziehbar und plausibel. Auch in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Verweistätigkeit sei sie medizinisch-theoretisch zu 70 % arbeitsfähig (S. 47 f.). 4.6

Dr. med. C. ___ , Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 27. April 2017 (Urk. 7 / 86/34-35) folgende Diagnosen auf: - Status nach unklarer prolongierter Episode mit Amnesie/Verwirrtheitsperiode Mitte Februar 2017 - aktuell keine sicheren Anhaltspunkte für eine zugrundeliegende organisch-neurologische Ursache - leichtgradige kognitive Defizite (vermehrte Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen) - am ehesten im Rahmen einer depressiven Stimmungslage

Dazu hielt er fest, für die aktuell beklagten leichtgradigen kognitiven Defizite ergäben sich keine Hinweise auf eine zugrundeliegende organisch-neurologische Ursache. Auch die prolongierte Episode mit Amnesie (Blackout) bleibe ätiologisch unklar. Aktuell ergäben sich keine Hinweise auf ein zugrundeliegendes epileptisches Geschehen. Bei der EEG-Untersuchung zeige sich eine normale Grundaktivität, zusätzlich eine unspezifische (bifrontotemporal -betonte) Funktionsstörung ohne Nachweis epilepsieverdächtiger Potentiale. In der klinisch-neurologischen Untersuchung fänden sich keine Auffälligkeiten. Auch bei der neuropsychologischen Exploration ergäben sich keine Hinweise auf eine relevante Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen. Die beklagten kognitiven Defizite seien am ehesten im Rahmen der bekannten Depression (depressive Stimmungslage) zu interpretieren. Bei der aktuellen MRI-Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf eine neurodegenerative Erkrankung, insbesondere nicht auf einen Morbus Alzheimer oder eine frontotemporale Demenz. Von neurologischer Seite bestehe derzeit kein dringender weiterer Abklärungsbedarf. Sollten sich allerdings ähnliche Episoden (Amnesie, Verwirrtheit) wiederholen, müsse erneut ein epileptisches Geschehen ausgeschlossen werden. 5.

In der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2023 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdeführerin unter anderem auf folgende Berichte: 5.1

Dr. med. L.____, Fachärztin FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. M.____, Facharzt FMH Rheumatologie, Dr. med. N.____, Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie,

und lic. phil. O.____, Fachpsychologin Neuropsychologie FSP, von der MEDAS A.____ stellten in ihrem Gutachten vom 28. Januar 2020 (Urk. 7/118/2-53) folgende Diagnosen (S. 14): - generalisiertes Schmerzsyndrom, Kriterien für eine Fibromyalgie erfüllt - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Neurasthenie - alters- und bildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit - weitere Diagnosen - Status nach Appendektomie - Status nach Hysterektomie

Dazu führten sie aus, die Beschwerdeführerin leide seit zirka sieben Jahren ohne eigentliche auslösende Ursache an Schmerzen zunächst im Bereich der Arme und dann ausstrahlend in den ganzen Körper bis zu Rücken und Beinen. Diverse Abklärungen hätten keine eigentliche Schmerzursache ergeben und verschiedene therapeutische Bemühungen seien mehr oder weniger erfolglos geblieben. Der rheumatologische Gutachter stelle die Diagnose eines generalisierten Schmerzsyndroms und halte fest, dass die Kriterien für eine Fibromyalgie erfüllt seien. Die Diagnose stimme überein mit derjenigen des Gutachtens von 2016 und bedinge keine Arbeitsunfähigkeit. In psychischer Hinsicht beklage die Beschwerdeführerin depressive und Panikzustände, Platzangst, Blackouts, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Begonnen habe dies mit der stressigen Tätigkeit im Callcenter und den zunehmenden körperlichen Beschwerden; nebst ambulanter Therapie sei sie mehrmals psychiatrisch hospitalisiert gewesen; im MEDAS-Gutachten 2016 seien die psychiatrischen Diagnosen somatoforme Schmerzstörung, Neurasthenie und Panikstörung gestellt worden mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 70%; die seit Jahren behandelnde Psychiaterin habe im Februar 2019 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt.

Der psychiatrische Gutachter diagnostiziere aufgrund seiner aktuellen Befunde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine Neurasthenie; Hinweise für ein mittelschweres bis schweres depressives Geschehen habe er aufgrund der aktuellen Befunde nicht. Er weise weiter darauf

hin, dass anamnestische Angaben und aktuelle Befunde zum Teil diskrepant seien und dass es im Rahmen der relativ kurzen Begutachtungszeit nicht möglich sei, die Arbeitsfähigkeit konklusiv zu beurteilen. Im Vergleich zur Begutachtung von 2016 könne er keine eigentliche objektive Verschlechterung, mit Ausnahme einer gewissen Chronifizierung, feststellen, komme bei gleichem Sachverhalt aber zu einer anderen Beurteilung. Bei der neuropsychologischen Begutachtung werde eine alters- und bildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit diagnostiziert, was keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Insgesamt dürften nur die psychopathologischen Befunde einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, ohne dass aktuell eine genaue Beurteilung möglich sei. Psychiatrischerseits

sei keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich, es werde eine Beobachtung in einer

BEFAS oder geschützte n Werkstatt empfohlen. Aus rheumatologischer und neuropsychologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 14-16).

Es ergebe sich ein Widerspruch

zwischen der Erscheinung der Beschwerdeführerin, zwischen dem Verhalten in der Untersuchungssituation und den geltend gemachten im Alltag wirksamen Einschränkungen.

Dieser Widerspruch sei nur aufzulösen durch weitere Abklärungen oder konkrete Beobachtungen, wie zum Beispiel in einer Haushaltabklärung. Gemäss psychiatrischem Teilgutachten sei zu vermuten, dass Ressourcen noch vorhanden, allerdings schlecht quantifizierbar seien, und dass zu deren Beurteilung ein

grösserer Zeitrahmen nötig sei

(S. 16).

Auf entsprechende Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin (Urk. 7/119) präzisieren die Gutachter am 17. März/1. April 2020, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht seit 2017 nicht verändert habe und demzufolge diesbezüglich auch keine Änderung der Arbeitsfähigkeit festzustellen sei (Urk. 7/122/3). Aus psychiatrischer Sicht werde explizit festgehalten, dass die Beschwerdeführerin über keine Wegefähigkeit mehr verfüge, dass sie die Wohnung nicht mehr alleine verlassen könne und schon aus diesem Grund eine Arbeitstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausser Betracht falle. Diese Einschränkung könne nicht überwunden werden (Urk. 7/122/6). 5.2

Dr. med. P.____, leitender Arzt Pneumologie/ Somnologie am Spital Q.____, hielt in seinem Bericht vom 6. November 2022 (Urk. 7/209/25-26) folgende Diagnosen fest: - COPD GOLD Grad 2, Phänotyp B - mMRC Skala

3 - Lungenfunktion 19. April 2022 FEV1 1.15l (51 %), TLCO 35 % - aktuell CT-Thorax angemeldet, Sauerstofftherapie geplant - Physiotherapie, Atemtherapie angemeldet - Fortsetzung der antioberaktiven Therapie mit Symbicort und Spinva - multiple Frakturen bei Unfall 14. Mai 2022 mit distaler Radiusfraktur links, distaler Fibulafraktur links, undislozierte r

Claviculafraktur rechts, Verdacht auf sekundäre Dislokation im Verlauf - volare Plattenosteosynthese am 15. Mai 2022

Dazu führte er aus, es sei eine pneumologische Verlaufskontrolle bei diagnostizierter COPD bei Tabakkonsum von 40 py erfolgt. Aufgrund von mehreren Frakturen im Mai 2022 seien diverse operative Sanierungen und Hospitalisationen erfolgt, so dass die geplanten physiotherapeutischen Massnahmen und das CT-Thorax nicht stattgefunden hätten. Die Beschwerdeführerin könne bis ein Stockwerk und 100

m auf der Ebene bewältigen. Sie gehe täglich mit dem Hund 2-3x spazieren. Weiter berichtete sie, aufgrund einer vermehrten Schleimproduktion ein- bis zweimal in der Nacht aufzuwachen. Sie rauche seit Anfang 2022 nicht mehr als 40 py. Seit April inhaliere sie E-Zigaretten. In der Lungenfunktion zeige sich eine schwergradige obstruktive Ventilationsstörung mit Überblähung, welche zu einer COPD GOLD III passe. Eine mittelgradige Diffusionseinschränkung sei durch mögliche emphysematöse Veränderungen im Rahmen des

langjährigen Nikotinkonsums erklärbar. In der ABGA zeige sich eine grenzwertige hypoxische respiratorische Insuffizienz mit erhöhtem Aa-Gradient. Im 6-Minuten-Gehtest sei eine ausgeprägte belastungsinduzierte Hypoxämie nachgewiesen worden. Zur weiteren Abklärung sei erneut ein CT-Thorax angemeldet worden und es werde eine Sauerstofftherapie mittels Gängoxymetrie bei der nächsten Konsultation geplant. Zur Sekretmobilisation und Atemtherapie sei eine Verordnung zur ambulanten Physiotherapie ausgestellt worden. 5.3

Die behandelnde Dr. H.____ hielt in ihrem zusammenfassenden Bericht vom 27.

April 2023 über den Verlauf seit September 2021 (Urk. 7/211) folgende Diagnosen fest: - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Dazu führte sie aus, es habe eine integrative psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im ambulanten

Einzelsetting stattgefunden. Im Zeitraum September bis Mai 2023

habe ca. einmal monatlich eine Sitzung von einer

Stunde stattgefunden. Nach einem Unfall im Mai 2022 sei die Beschwerdeführerin über längere Zeit in ihrer Mobilität

stark eingeschränkt gewesen, so dass nur telefonische Kontakte erfolgt seien.

Seit Juli 2022 habe

sie ihre Praxistätigkeit weitgehend aufgegeben und könne nur noch

sporadische Termine anbieten. Die Beschwerdeführerin habe zunächst nach einer anderweitigen

psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapiemöglichkeit gesucht, aber keine gefunden. Ihre terminliche

Flexibilität sei durch zahlreiche Arzttermine erschwert. Zwischen Juli 2022 und heute hätten daher

eher unregelmäßig Termine stattgefunden, überwiegend in Form von kürzeren Telefonterminen, am

24. März 2023 auch in Form einer persönlichen Sitzung von einer Stunde Dauer (S. 1).

Unter der bestehenden Psychopharmakotherapie habe die Beschwerdeführerin eine relativ gute psychische

Stabilität gezeigt. Die im Vorbericht beschriebenen kognitiven Probleme, emotionalen Belastungen, Leiden

durch chronische Schmerzen und Angstzustände hätten weiter fortbestanden, sie habe damit aber einen

tragfähigen Umgang gefunden und ihr Leiden akzeptiert (S. 2). Bei der Beschwerdeführerin würden psychische Faktoren und körperliche Erkrankungen ineinanderspielen. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus isoliert psychiatrischer Sicht sei nicht möglich. Stärker limitierend als ihre psychische Verfassung würden ihre soma

tischen Probleme erscheinen. In Anbetracht ihres Leidenszustands und der von ihr berichteten Beeinträchtigungen allein schon bei der Bewältigung ihres Haushaltes sei aus hiesiger Sicht keine Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 3) . 5.4

Pract . med. R.____ , Facharzt für Arbeitsmedizin, vom RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 11. Juli 2023 (Urk. 7/217/3-6) unter anderem fest, die Beschwerdeführerin habe nach einem Sturz am 14. Mai 2022 eine distale Radiusfraktur links, eine distale Fibulafraktur links (Typ Weber A) und eine undislozierte

Claviculafraktur rechts erlitten. Das zuletzt behandelnde Spital Q.____ habe Ende November 2022 einen sehr guten postoperativen Verlauf beschrieben. Die Radiusfraktur und die Claviculafraktur seien radiologisch komplett durchbaut. An der distalen Fibula sei der Frakturbereich noch sichtbar. Zur weiteren Therapie werde das Fortführen der Physiotherapie vereinbart. Wesentliche lang anhaltende oder dauerhafte funktionelle Einschränkungen in einer körperlich angepassten Tätigkeit ergäben sich aus den Arztberichten nicht. Aus der zusätzlichen Diagnose einer Osteoporose ergäben sich per se keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit , zumindest nicht in einer körperlich angepassten Tätigkeit. Die Gastroskopie vom 29. November 2022 sei aufgrund eines anamnestischen Gewichtsverlustes innerhalb der letzten drei Monate durchgeführt worden. Die makroskopische Untersuchung und die histologischen Befunde seien

unauffällig gewesen. Die Koloskopie vom 1. Februar 2023 habe makroskopisch keine Hinweise für eine konsumierende Erkrankung im unteren Gastrointestinaltrakt ergeben bei eingeschränkter Beurteilbarkeit. Nach der Abklärung der Lungenfunktion vom 3. November 2022 sei die Diagnose einer COPD Gold Grad II gestellt worden. Im 6- Minuten - Gehtest sei eine belastungs induzierte Hypoxämie festgestellt worden. Im CT Thorax vom 19.

Dezember 2022 sei ein bekanntes Lungenemphysem, eine Narbenformation und eine Streifen - Dystelektase im Mittellappen beschrieben worden. Vom 8. bis 10. Februar 2023 sei die Beschwerdeführerin zur laparoskopischen Cholecystektomie hospitalisiert gewesen. Der postoperative Verlauf sei problemlos gewesen. Die Beschwerdeführerin befinde sich zudem wegen diverser Beschwerden in psychotherapeutischer Behandlung, unter anderem wegen der Folgen der Sturzverletzung vom Mai 2022 und wegen ihrer Lungenerkrankung. Aus den genannten Beschwerden würden sich jeweils keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit ergeben.

Eine regelmässige fachpsychiatrische Therapie finde aktuell nicht statt. Unter der aktuellen Psychopharmakotherapie werde die psychische Situation der Beschwerdeführerin als stabil bezeichnet. Somit sei aus arbeitsmedizinischer Sicht keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin habe in den letzten Jahren diverse somatische Abklärungen gehabt und es seien verschiedene notwendige Operationen durchgeführt worden. Die vorliegenden Arztberichte würden sich nicht eigenständig zur Arbeitsfähigkeit in bisheriger/angepasster Tätigkeit äussern. Aus arbeitsmedizinischer Sicht sei es jedoch in der bisherigen Tätigkeit im Gastgewerbe aufgrund der genannten somatischen Erkrankungen plausibel nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Massgeblich zu einer Reduktion der körperlichen Belastbarkeit würden sicherlich die noch nicht vollständige Abheilung der Sprunggelenksfraktur links sowie die verminderte körperliche Belastbarkeit aufgrund der Lungenerkrankung führen. Es sei jedoch nicht zu einer lang andauernden/ dauerhaften

weiteren/zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit im Vergleich zu 2020 gekommen. Zusammenfassend sei spätestens ab Mai 2022 (Sturzereignis mit diversen Frakturen) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit im Gastgewerbe auszugehen. In einer körperlich angepassten Tätigkeit bestehe seit jeher eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. 6.

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