

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00053 vom 30. August 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00053

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00053 du 30 août 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00053 del 30 agosto 2024

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im Dezember 2020 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung (Urk. 6/35) könnten allfällige Leistungen frühestens ab Juni 2021 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser Übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres

gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.5

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.

E. 6

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 1.

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden Stundenansatz von Fr. 280.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 7. Dezember 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheide . 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 Parteient schädigung von Fr. 2' 8 00.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Angela Widmer-Fäh - 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 Bundesgesetzes 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 Beweis mittel 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schucan

E. 7

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere

Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). 1.

E. 8

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

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E.

4.7). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass sie am 28. Dezember 2020 ein neues Gesuch der Beschwerdeführerin erhalten habe. Mit Schreiben vom 13. Mai 2022 sei die Beschwerdeführerin aufgefordert worden, sich bei einem Facharzt für Psychiatrie über zwölf Monate in Behandlung zu begeben inklusive sich einer mehrwöchigen multidisziplinären stationären Massnahme mit physischer und psychologischer Rehabilitation im Ermessen der Behandler zu unterziehen. Die Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin im Februar 2023 einen zweiwöchigen Rehabilitationsaufenthalt wahrgenommen habe. Die Behandler hätten einen weiteren vierwöchigen stationären Aufenthalt empfohlen, welche die Beschwerdeführerin aus privaten Gründen abgelehnt habe. Die auferlegte Massnahme vom 13. Mai 2022 sei demnach nicht durchgeführt worden. Die Arbeitsfähigkeit werde deshalb so beurteilt, als ob die Massnahme durchgeführt worden sei. Es werde deshalb von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen.

Die Abklärung vor Ort am 10. August 2023 habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin heute in einem Vollzeitpensum tätig wäre. Der vorgenommene Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 30 % (S. 1 ff.). 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass die Beschwerdegegnerin mit Verweis auf die Aktenbeurteilungen der Fachärzte für Chirurgie des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) in Verletzung der Untersuchungsmaxime

willkürliche Rückschlüsse ziehe (S. 4 Rz. 6).

In Bezug auf die Ausführungen des RAD-Arztes vom 9. November 2021 sei nicht nachvollziehbar, wie er zu seiner Einschätzung gekommen sei, dass sich ihr Gesundheitszustand mit der von ihm empfohlenen Massnahme innerhalb von zwölf Monaten derart verbessern solle, als dass danach von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % bis 70 % auszugehen sei. So sei im Bericht des Y.____ vom 14. Juli 2020 lediglich eine generelle Empfehlung bei Vorliegen einer dissoziativen Bewegungsstörung abgegeben worden, wobei in diesem Bericht diese Diagnose als Ausschlussdiagnose gestellt worden sei, sofern sich keine somatischen/neurologischen Korrelate für die Beschwerden eruieren liessen (S. 5 Rz. 8). Der in der Folge behandelnde Psychiater habe keine dissoziative Bewegungsstörung erwähnt, womit die geforderte Massnahme in der Aufforderung zur Schadenminderungspflicht jeglicher Grundlage entbehre (S. 6 Mitte). Eine fachärztliche Auseinandersetzung eines RAD-Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie mit dem aktuellsten Bericht des behandelnden Psychiaters habe weder damals noch zu einem späteren Zeitpunkt stattgefunden. Es liege eine Verletzung der Untersuchungsmaxime vor (S. 8 unten, S. 10 Mitte). Sie habe versucht, der von der Beschwerdegegnerin willkürlich geforderten Schadenminderungspflicht nachzukommen. Sie sei danach weder beschwerdefrei noch arbeitsfähig gewesen (S. 7 f. Rz. 9-11). Es werde bestritten, dass sie die Schadenminderungspflicht nicht erfüllt habe. Sie sei über zwölf Monate in psychiatrischer Behandlung gewesen und habe insgesamt vier Wochen stationäre Rehabilitation hinter sich (S. 9 Mitte). Obwohl berufliche Massnahmen beantragt und auch vom RAD empfohlen worden seien, habe die Beschwerdegegnerin davon abgesehen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der RAD zum Schluss komme, dass ihr die bisherige Tätigkeit (Putzfrau, Küchenhilfe, Magazin- und Produktionsmitarbeiterin) noch zumutbar sein soll (S. 9 unten f.). Ferner seien nach der Aktenbeurteilung durch den RAD-Arzt vom 24. April 2023 noch weitere relevante Arztberichte eingegangen, die unberücksichtigt geblieben seien (S. 10 Mitte). Namentlich sei der behandelnde Hausarzt in seinem Bericht vom 4. Juli 2023 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, und dem Bericht der Neurochirurgie vom 6. Juni 2023 könne schliesslich entnommen werden, dass zumindest teilweise ein organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden bestehe (S. 10 f. Rz. 13-14).

Mit Blick auf die in den Akten befindlichen Berichte der behandelnden Ärzte sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sie sowohl in der bisherigen, als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit vollständig eingeschränkt sei, wodurch sie ab Juni 2021 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Sollte das Gericht gestützt auf die Aktenlage keine Rente zusprechen wollen, werde beantragt, dass die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung, insbesondere einer externen Begutachtung, zurückgewiesen werde (S. 11 f. Rz. 16). Zumindest wäre ab Juni 2021 ein Anspruch auf eine halbe Rente und ab Juni 2023 auf eine Rente von 41 % einer ganzen Rente zu bestätigen (S. 12 Rz. 17). Zu berücksichtigen sei weiter, dass ihr die selbständige Eingliederung in eine leidensangepasste Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht möglich sein werde, weshalb gegebenenfalls berufliche Massnahmen zu gewähren wären (S. 12 f. Rz. 18). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang, ob seit der letzten leistungsverneinenden Verfügung vom 19. Oktober 2015

(Urk. 6/ 29) eine anspruch - relevante Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eingetreten ist (vorstehend E. 1. 6-7) und ob die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang den medizinischen Sachverhalt genügend abgeklärt hat. 3.

3.1

Die nach erstmaliger Anmeldung zum Leistungsbezug vom 6. Mai 2014 (Urk. 6/8) ergangene leistungsanspruchsverneinende Verfügung vom 19. Oktober 2015 (Urk. 6/29), wonach bei der Beschwerdeführerin sowohl in der Tätigkeit als Hilfsarbeiterin als auch im Haushalt keine schwerwiegenden Einschränkungen bestünden, erging gestützt auf die Aktenbeurteilung durch Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie, RAD, vom 20. März 2015 (Urk. 6/20/3, vgl. Urk. 6/28). 3.2

RAD-Arzt Dr. Z.____ führte

in seiner Stellungnahme vom 20. März 2015 (Urk. 6/20/3) aus, dass im Hausarztbericht vom 14. März 2015 (vgl. Urk. 6/19/ 1-5) als Diagnosen ein

cerviko-thorako-lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ein cerviko-thorakales Schmerzsyndrom links, eine Sensibilitätsstörung der rechten Körperseite, intermittierende Schwindelepisoden sowie eine asthmoide und ekzematöse Reaktion auf Reinigungsflüssigkeiten/Polituren genannt worden seien. Dr. Z.____ hielt fest, dass leichte, angepasste Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 10 kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen, ohne dauerhafte Armvorhaltebelastungen und Überkopfarbeiten medizinisch theoretisch weiterhin zumutbar seien. Aus den aktuellen Berichten gehe ein nicht sehr schwerwiegendes Schmerzsyndrom hervor. Eine intensive Behandlung habe bisher nicht stattgefunden. 4. 4.1

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin zum Leistungsbezug vom 23. Dezember 2020

(Urk. 6/ 35) liegen die folgenden relevanten medizinischen Berichte vor:

4. 2

Dr. med. A.____, Oberarzt, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Universitätsspital Y.____, nannte nach Erstgespräch mit der Beschwerdeführerin vom 14. Juli 2020 in der Sprechstunde für dissoziative Bewegungsstörungen

in seinem gleichentags erstellten Bericht (Urk. 6/33/5-8)

eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) als Ausschlussdiagnose, sofern sich keine somatischen/neurologischen Korrelate für die Beschwerden eruieren liessen (S. 1 unten).

Dr. A.____ führte im Rahmen seiner diagnostischen Beurteilung aus, dass in Zusammenschau der Befunde bei der Beschwerdeführerin eine euthyme Stimmungslage bestehe. Seit längerem bestünden Rückenschmerzen und Gehschwierigkeiten, vor allem rechtsseitig, welche sich nicht genügend durch neurologische oder somatische Korrelate erklären liessen, so dass die Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung genannt worden sei. In psychosozialer Hinsicht seien knappe finanzielle Verhältnisse und eine grosse Arbeitsbelastung durch die Betreuung der eigenen vier Kinder und dem Erledigen von Haushalt zu erwähnen.

Psychiatrisch habe die Patientin insgesamt eher unauffällig imponiert.

Dr. A.____ hielt fest, dass , falls sich neurologisch oder orthopädisch keine Korrelate für die angegebenen Beschwerden finden liessen, eine dissoziative Bewegungsstörung als Ausschlussdiagnose denkbar wäre . Worauf eine solche aus psychiatrischer Sicht jedoch beruhen sollte, habe sich vorerst nicht eruieren lassen. Möglich wäre e in gewisser sekundärer Krankheitsgewinn (S. 1 Mitte).

Sodann führte Dr. A.____ aus, dass generell bei dissoziativen Bewegungsstörungen Physiotherapie häufig in Kombination mit einer Psychotherapie empfohlen werde (S. 2 Mitte). Unter anderem sei eine multidisziplinäre stationäre Behandlung mit physischer und psychologischer Rehabilitation indiziert bei Patienten mit schweren und chronischen physischen Beeinträchtigungen. Auch bei vorliegender komorbider Psychopathologie in Verbindung mit physischen Beeinträchtigungen sei eine stationäre Behandlung indiziert (S. 2 unten). 4 . 3

Die Ärzte der Klinik für Neurologie, Y.____ , stellten in ihrem Bericht vom 1 1. September 2020 (Urk. 6/89/15-18)

nach gleichentags erfolgter Konsultation der Beschwerdeführerin in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1 f.): - funktionelle Gangstörung, Erstmanifestation (EM) vor etwa zehn Jahren - Sensibilitätsstörung in der rechten Körperhälfte - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - chronische intermittierende Polyarthralgien - chronische Insomnie - Struma nodosa

Die Ärzte führten in ihrer Beurteilung aus, dass sie bei fehlenden Hinweisen auf ein strukturelles Korrelat der Sensibilitätsstörung oder Schmerzproblematik sowie der klinischen, teils grotesk anmutenden Präsentation von einer funktionellen Genese der vordergründig bestehenden Gangstörung ausgingen bei einem zusätzlichen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung.

Im Ganglabor habe die funktionelle Gangstörung objektiviert werden können. Es hätten ein deutliches «Huffing and Puffing-Behaviour» (Sokol and Espay, 2016) mit demonstrativer Charakteristik sowie ein unökonomisches Gangbild mit deutlichen Fluktuationen, Ablenkbarkeit unter kognitivem Dual Task sowie plötzliche n

Blockaden (rechtes Bein) mit schneller Remission und demonstrativer Charakteristik bestanden. Der sensorische Organisationstest habe mit zunehmen der Testschwierigkeit eine verbesserte Leistung gezeigt, was eine funktionelle Komponente unterstütze . Therapeutisch seien Physiotherapie und Psychotherapie entscheidend (S. 4 oben). 4. 4

Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 3 1. Juli 2021 (Urk. 6/50/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, leichte-mittelgradige Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Dr. B.____ führte aus, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 1 4. Oktober 2020 bei ihm in Behandlung befinde , wobei die letzte Konsultation am 1 7. Juni 2021 stattgefunden habe (S. 1 Ziff. 1). Es fänden einmal im Monat Konsultationen statt (S. 1 Ziff. 1.2). Die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin sei ihm unbekannt. Sie sei von ihm nicht arbeitsunfähig geschrieben worden (S. 1 Ziff. 1.3). Die Beschwerdeführerin sei in unterschiedlichen Bereichen tätig gewesen, so in der Gastronomie und im Altersheim. Seit zwölf Jahren sei sie nicht mehr erwerbstätig.

Die bisherige Tätigkeit sei während vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar. Auch eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei während vier bis fünf Stunden zumutbar (S. 4 Ziff. 3.1).

Dr. B.____ führte aus, dass die vorliegenden Störungen und deren Symptome die Erwerbsfähigkeit und die sozialen Kompetenzen der Beschwerdeführerin mittelmässig beeinträchtigt en. Die Arbeits fähigkeit könne aufgrund der oben genannten Faktoren nicht durch medizinische Massnah m en verbessert werden (S. 3 Ziff. 2.7). 4. 5

Dr. med. C.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, führte in seiner Stellung - nahme vom

9. November 2021

(Urk. 6/61/3) aus, dass eine dauerhafte « Arbeitsunfähigkeits-relevante » Gesundheitsstörung nach den vorliegenden Akten nicht überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden könne. In den fachärztlichen Unterlagen vom Y.____ , Konsiliarpsychiatrie , vom 14. Juli 2020 w ü rde n als generelle Behandlungsempfehlung stationäre Massnahmen mit physischer und psychologischer Rehabilitation genannt. Deswegen werde empfohlen, der Beschwerdeführerin eine entsprechende Schadenminderungs - pflicht aufzuerlegen. Medizintheoretisch wäre bei erfolgreichem Verlauf zumindest in optimal ange passter Tätigkeit von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf etwa 60 %

bis 70 % a uszugehen. Die Schadenminderungs - pflicht beinhalte die Behandlung beim Facharzt für Psychiatrie über zwölf Monate inklusive eine r mehrwöchige n , multidisziplinäre n stationären Mass - nahme mit physischer und psychologischer Rehabilitation. Hernach sei das Dossier dem RAD Psychiater mit aktuellem Arzt bericht vom behandelnden Psychiater inklusive Austrittsbericht der stationären Massnahme erneut vorzulegen. 4 . 6

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie, Y.____ , stellten in ihrem Austrittsbericht vom 27. Dezember 2022 (Urk. 6/77)

nach Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 14. bis 27. Dezember 2022 in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1 f.): - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit Punctum maximum L5 rechts, Erstdiagnose (ED) Oktober 2022 - Hepatopathie , Dezember 2022 - Struma nodosa, Grad 1 - Sensibilitätsstörung in der rechten Körperhälfte, ED 2013 - Verdacht auf postprandiale Hypoglykämien, EM etwa 2015 - milde Thrombozytopenie, ED November 2015

Die Ärzte führten aus, dass eine elektive Zuweisung der Beschwerdeführerin zur stationären multimodalen Schmerztherapie aufgrund eines chronischen lumbo spondylogenen und radikulären Schmerzsyndroms mit Punctum maximum L5 rechts bei Versagen der bisherigen ambulanten und stationären Therapiemass nahmen erfolgt sei (S. 2 Mitte) . Es sei zusätzlich auch eine psychologisch-psychiatrische Beurteilung erfolgt. Gemäss der psychiatrischen Einschätzung ergebe sich von psychiatrischer Seite derzeit kein weiterer Handlungsbedarf. Die Patientin befinde sich bezüglich der Schmerzproblematik bereits in ambulanter Psychotherapie, empfinde diese als hilfreich und entsprechend werde empfohlen, dass diese weitergeführt werde. Therapeutisch sei eine BV-gesteuerte trans - foraminale Infiltration im Segment L5 mit gutem Ansprechen erfolgt. Als Schmerztherapie sei en eine pharmakologische Anpassung und physikalische Massnahmen durchgeführt worden. Im Rahmen des Programmes habe die Patientin eine intensive Physio- und

Ergotherapie absolviert (S. 2 unten). Die Ziele hätten grösstenteils erreicht werden können. Die Voraussetzungen, um die arbeitsspezifische Belastungsfähigkeit zu steigern, seien während des Aufenthaltes erarbeitet worden. Die Schmerzen hätten abgenommen (von NRS 7/10 auf 5/10) und die Gehstrecke habe von 0 Meter auf 200 Meter im 6-Minuten-Gehtest verbessert werden können. Auch die Haltung habe verbessert werden können. Die Patientin habe am 27. Dezember 2022 in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (S. 3 oben). 4. 7

Dr. B.____ stellte in seinem Bericht vom 18. Februar 2023 (Urk. 6/85) die gleichen Diagnosen wie in seinem Vorbericht vom 31. Juli 2021 (S. 3 Ziff. 2.5, vorstehend E. 4.4).

Dr. B.____ führte aus, dass die letzte Konsultation der Beschwerdeführerin am 16. Februar 2023 stattgefunden habe (S. 1 Ziff. 1). Zur aktuellen Symptomatik und Situation sowie zum aktuellen Befund und psychischen Status machte Dr. B.____ die gleichen Ausführungen wie im Vorbericht vom 31. Juli 2021 (S. 2 f).

Ziff. 2.2 und Ziff. 2.4 ;

Urk. 6/50 /1-5 S. 2 f Ziff. 2.2 und Ziff. 2.4). Auch seine Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit entsprachen jenen vom Vorbericht vom 31. Juli 2021 (S. 4 Ziff. 3.1, vorstehend E. 4.4). 4 .8

Die Ärzte der Rehaklinik D.____, E.____, stellten in ihrem Austrittsbericht vom 6. März 2023 (Urk. 6/96/14-17) nach Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 18. Februar bis 4. März 2023

in der Hauptsache folgende Rehabilitationsdiagnosen (S. 1 f): - chronisches lumbospondylogenes-/radikuläres Schmerzsyndrom mit Punctum maximum L5 rechts, ED Oktober 2022 - chronische Zervikodorsalgie rechts

Als weitere Diagnosen nannten die Ärzte ein Struma nodosa Grad 1, eine Sensibilitätsstörung in der rechten Körperhälfte, ED 2013, sowie einen Verdacht auf postprandiale Hypoglykämien, EM etwa 2015 (S. 2 oben). Die Ärzte führten aus, dass vom 18. Februar bis 12. März 2023 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (S. 4 oben).

Die Patientin sei am 18. Februar 2023 durch das Y.____ aufgrund eines chronischen lumbospondylogenen-/radikulären Schmerzsyndroms zur Initialisierung einer stationären Rehabilitation zugewiesen worden. Die Patientin habe von bewegungsabhängigen Schmerzen im rechten Unterschenkel und rechten Fuss berichtet. Die Schmerzen schränkten sie in den alltäglichen Tätigkeiten massiv ein und würden mit Parästhesien am Unterschenkel dorsal und an der Fusssohle rechts einhergehen. Die Schmerzintensität gebe die Patientin mit VAS 7 an. Die Ärzte führten aus, dass sie die Patientin in ihr ZISP-Schmerzprogramm hätten integrieren wollen, welches vier Wochen daure. Sie habe eine Behandlung von vier Wochen aus privaten Gründen abgelehnt. Als Grund habe sie angegeben, dass sie vier Kinder habe, welche behütet werden müssten (S. 2 Mitte).

Zum Verlauf und Beurteilung führten die Ärzte aus, dass die Beschwerdeführerin konzentriert und engagiert an allen angebotenen Therapien teilgenommen habe. Im Verlauf hätten Beweglichkeit und Belastbarkeit kontinuierlich zugenommen. Die Schmerzen hätten sich gebessert, sodass die analgetische Medikation entsprechend habe adaptiert werden können. Insgesamt habe sie von der Rehabilitation insbesondere von der Wassertherapie und von

der Medizinischen Trainingstherapie (MTT) profitiert, indem sie klinikmobil geworden und in den ADL 's

(Activities of daily living) selbständig gewesen sei (S.

3 oben). Die Beschwerdeführerin sei bei Eintritt mit zwei Unterarmstöcken auf der Station mobil gewesen. Treppen seien mit grosser Schwierigkeit zu bewältigen gewesen. Das physiotherapeutische Reha-Ziel sei erreicht worden. Die Beschwerdeführerin sei ohne Gehstöcke sicher und selbständig gegangen. Zudem könne sie ihren Alltag selbständig bestreiten, so dass sie zurück in ihre Wohnung habe austreten können

(S. 3 Mitte). 4.

E. 9

Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 24. April 2023 (Urk. 6/115/5-7) aus, dass folgende dokumentierte Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden: - rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, ICD-10 F33.1 - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41 - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - Segmentdegenerationen L4/5 und L5/S1 mit möglicher Kompression L5 beidseits - Sensibilitätsstörung der rechten Körperhälfte - funktionelle Gangstörung

Als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. F.____ eine Hepatopathie, am ehesten medikamentös indiziert, eine Struma nodosa, euthyreot, und eine Thrombozytopenie.

Dr. F.____ führte aus, dass in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin ab Oktober 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % bis 50 %, welche stufenweise steigerbar sei.

Zum Belastungsprofil hielt Dr. F.____ fest, dass Tätigkeiten mit Heben oder Tragen von Lasten über 5 kg, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Gehen in unebenem Gelände, Heben aus der Hocke, Verharren in Zwangshaltungen, knieende, gebückte, vornüber geneigte oder rein stehende Tätigkeiten sowie überwiegende Überkopfarbeiten, Armvorhalte oder monoton-repetitive Bewegungen des Rumpfes- und Schultergürtels nicht geeignet seien. Tätigkeiten mit permanentem Zeit- und Termindruck, hohem Publikumsverkehr, Verantwortungsübernahme für Personen sowie hohen Anforderungen an die Konzentration, Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit sollten vermieden werden. Leichte, stress arme, überwiegend sitzende Tätigkeiten in Wechselbelastung mit der Möglichkeit zum Positionswechsel seien medizinisch-theoretisch zumutbar. Durch die Fortsetzung der aktivierenden und muskelaufbauenden Massnahmen sei eine weitere Verbesserung zu erwarten.

In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung führte Dr. F.____ aus, dass ein chronisches Schmerzsyndrom der Wirbelsäule und eine Gangstörung gut dokumentiert seien. Für die lumbalen Beschwerden mit Ausstrahlung in die Beine fänden sich mit den tieflumbalen Segmentdegenerationen mögliche Korrelate. Der positive Effekt einer Infiltration im Segment L5 stütze den Verdacht auf eine mechanische Ursache. Auch die physiotherapeutischen Massnahmen hätten zu einer Verbesserung der Beschwerden

geführt. Eine entzündlich-rheumatische oder neurologische Komponente hätte hingegen nicht gefunden werden können. Verstärkt und aufrechterhalten würden die Beschwerden durch psychische Faktoren im Sinne einer chronischen Schmerzstörung. Die Gangstörung sei inkonstant und ohne Hinweise für ein somatisches Korrelat. Eine funktionelle Ursache werde angenommen. Eine depressive Symptomatik werde vom Psychiater Dr. B.____

als leicht- bis mittelgradig angegeben. In den Reha-Berichten werde keine relevante depressive Symptomatik beschrieben. Die geringen psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapiemassnahmen bestätigten eine eher geringe Ausprägung der Störung.

Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit durch Rückenbeschwerden und Gangstörungen nachvollziehbar eingeschränkt. Der Eintritt des Gesundheitsschadens könne spätestens mit Aufnahme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im Oktober 2020 angenommen werden. Die Angaben von Dr. B.____, wonach eine Arbeitsfähigkeit von vier bis fünf Stunden in dieser Tätigkeit bestehe, seien durchaus realistisch, da ein vermindertes Arbeitstempo und ein erhöhter Pausenbedarf angenommen werden müssten. In einer angepassten Tätigkeit ohne Rückenbelastung oder Gehbelastung wäre eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und des verbliebenen Rehabilitationsbedarfs wäre eine stufenweise Eingliederung in eine angepasste Tätigkeit sinnvoll. Berufliche Massnahmen könnten deshalb erwogen werden. Die berichteten Erfolge der Rehabehandlungen wiesen auf ein Verbesserungspotential hin. Da die Beschwerdeführerin die Behandlung abgebrochen habe, sei die Schaden minderungspflicht nicht erfüllt worden.
4.

E. 10

PD Dr. med. G.____, Leitender Arzt, Klinik für Neurochirurgie, Y.____, stellte in seinem Bericht vom 6. Juni 2023 (Urk. 6/96/8-10) in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1 f.):
- panvertebrales Schmerzsyndrom - Struma nodosa, Grad 1 - Sensibilitätsstörung in der rechten Körperhälfte, ED 2013 - Verdacht auf postprandiale Hypoglykämien, EM etwa 2015 - milde Thrombozytopenie, ED November 2015

PD Dr. G.____ führte aus, er habe die Patientin in der neurochirurgischen Sprechstunde untersucht und beraten (S. 1).

Zur Anamnese führte PD Dr. G.____ aus, dass die Beschwerdeführerin berichtet habe, seit zehn Jahren unter Lumbalgien zu leiden. Darüber hinaus bestünden seit etwa fünf Jahren ausstrahlende Schmerzen und Hypästhesien im Bereich des rechten Beines. Die in der Vergangenheit stattgehabten Infiltrationsbehandlungen hätten keine signifikante Besserung der Beschwerdesymptomatik mit sich bringen können. Seit etwa acht bis zehn Monaten habe sich die Symptomatik deutlich verschlechtert mit zunehmenden Schmerzen und Mobilitätseinschränkungen. Im Dezember 2022 sei eine rheumatologische Komplextherapie mit anschliessender Rehabilitation durchgeführt worden. Hierunter sei eine deutliche Besserung der Beschwerdesymptomatik eingetreten. Anhaltspunkte für neu aufgetretene Sensibilitätsstörungen oder motorische Defizite ergäben sich anamnestisch nicht (S. 2 oben).

PD Dr. G.____ hielt fest, dass bei der Patientin ein lumbales Schmerzsyndrom mit assoziierten Schmerzausstrahlungen und Hypästhesien im Bereich des rechten Beines bestehe. Die bildgebende Untersuchung habe eine signifikante Spinalkanalstenose LWK 4/5 gezeigt. Aus seiner Sicht sei es durchaus möglich, dass ein Teil der Symptomatik

(insbesondere die ausstrahlenden Beschwerden) durch diese Spinalkanalstenose verursacht werde. Er habe der Patientin mitgeteilt, dass eine Dekompressionsoperation des entsprechenden Segmentes eine Option sei, um die ausstrahlenden Beschwerden zu behandeln, sich die bestehende Rücken schmerzsymptomatik jedoch hierunter wahrscheinlich nur leichtgradig bessern würde. Die Beschwerdeführerin könne sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht für einen operativen Eingriff entscheiden und wolle dies noch mit dem Hausarzt besprechen (S. 2 unten). 4.

E. 11

). Unabhängig davon erweist sich die von RAD-Arzt Dr. F.____ in seiner Stellungnahme vom 24. April 2023 festgelegte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin von 50 % ab Oktober 2020 weder mit Blick auf deren Beginn noch bezüglich des Ausmasses als nachvollziehbar begründet, ebenso

wenig, dass in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % bis 50 % gegeben sein soll. Weiter wurden die von Dr. B.____ gestellten Diagnosen von RAD-Arzt Dr. F.____ nicht korrekt übernommen und

hätten ohnehin zur Festlegung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin rechtsprechungsgemäss eine Standardindikatorenprüfung erforderlich gemacht

(vorstehend E. 1.4), was nicht geschehen ist. Zudem hätte RAD-Arzt Dr. F.____ in seiner Stellungnahme vom 24. April 2023 (vorstehend E. 4.9) auch nicht ohne weiteres die von Dr. B.____ gestellten Diagnosen übernehmen dürfen. So ist das

von Dr. B.____ in seinem Bericht vom 31. Juli 2021 (vorstehend E. 4.4) und vom 18. Februar 2023 (vorstehend E. 4.7) diagnostizierte

depressive Geschehen

- wie RAD-Arzt Dr. F.____ selbst anmerkte (vorstehend E. 4.9) - in den übrigen medizinischen Berichten, insbesondere jenen im Zusammenhang mit den stationären Aufenthalten, nicht zu finden.

Namentlich wurde gemäss psychiatrischer Einschätzung im Rahmen des Aufenthaltes an der Klinik für Rheumatologie, Y.____, im Dezember 2022 ein weiterer Handlungsbedarf verneint

(vorstehend E. 4.6) und bereits Dr. A.____

beschrieb die Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 14. Juli 2020 als ausgeglichen und aus psychiatrischer Sicht

eher unauffällig (vorstehend E. 4.2). Der von Dr. B.____ am 18. Februar 2023 verfasste Bericht entspricht sodann überwiegend seinem Vorbericht vom 31. Juli 2021. Nebst der unveränderten Diagnostik und Arbeitsunfähigkeit wurde gut eineinhalb Jahre nach Therapiebeginn wortwörtlich die gleiche aktuelle medizinische Symptomatik und Situation sowie der gleiche Befund und psychische Status beschrieben (vgl. Urk. 6/50 /1-5 S. 2 Ziff. 2.2 und S. 3 Ziff. 2.4; Urk. 6/85 S. 2 f. Ziff. 2.2 und S. 3 Ziff. 2.4), was in Anbetracht der Behandlungsdauer erstaunt und die durch geführte Therapie an

sich in Frage stellt, zumal keine Entwicklung ersichtlich ist. Die Aussage von Dr. B.____, wonach die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne, entbehrt zudem einer fundierten Grundlage. Was

die Ausführungen des Hausarztes Dr. H.____ in seinem Bericht vom 4. Juli 2023 (vorstehend E. 4.11) anbelangt, insbesondere die ab

dem 1. Januar 2019 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit, erweist sich sein Bericht in Anbetracht der Komplexität der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin als zu wenig detailliert und begründet, als dass darauf abgestellt werden könnte. Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). 5. 6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungserhebliche Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5. 7 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die am 13. Mai 2022 der Beschwerdeführerin auferlegte Schadenminderungspflicht (Urk. 6/56), welcher sie nachgekommen ist, in Anbetracht der zu diesem Zeitpunkt bekannten Aktenlage als hinreichend begründet erscheint, im Verlauf aber aus den dargelegten Gründen Zweifel am tatsächlichen Bestehen einer funktionellen Gangstörung nicht von der Hand zu weisen sind.

Insgesamt erweist sich

der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Es fehlt vorliegend an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin

in somatischer und in psychischer Hinsicht. Zur Beurteilung ihrer invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es daher zusätzlicher medizinischer Grundlagen im Sinne eines polydisziplinären Gutachtens unter anderem mit den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie und Orthopädie und gegebenenfalls weiterer Fachrichtungen, welches sich zu den offenen Fragen äussert und den rechtsprechungsgemässen Anforderungen genügt.

Die Beschwerde ist folglich in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung (Urk. 2) aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneuter Entscheidung über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung, gegebenenfalls auch auf berufliche Massnahmen, an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen ist. 6.

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