

SO_GERICHTE VSBES.2017.21 vom 5. September 2017

SO Obergericht, 2017-09-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.21_d20170905

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.21 du 5 septembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.21 del 5 settembre 2017

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1972, meldete sich am 29. August 2012 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 1). Sie gab an, wegen Arthrosen in Knie und Füessen seit dem 24. Oktober 2011 zu 100 % und seit dem 1. Februar 2012 zu 40 % arbeitsunfähig zu sein. Sie sei seit dem 10. Januar 2011 zu 100 % als Betriebsmitarbeiterin bei der B.____ in [...] angestellt gewesen. Diese Stelle war per 31. Januar 2012 wegen Krankheit gekündigt worden (IV-Nr. 4 S. 1). Am 26. Oktober 2012 erfolgte die Anmeldung zum Leistungsbezug (IV-Nr. 7).

1.2 Die Beschwerdegegnerin tätigte in der Folge diverse medizinische Abklärungen. Unter anderem liess sie die Beschwerdeführerin durch die Begutachtungsstelle C.____ am 24. Januar 2014 bidisziplinär begutachten (Gutachten vom 7. April 2014, IV-Nr. 36.1 bis 36.4).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 5 ff.) und in ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 23 f.) dar, im Anschluss an die IV-Anmeldung der Beschwerdeführerin seien gesundheitsbedingt keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich gewesen. Gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ und den Krankheitsverlauf sei davon auszugehen, dass durch weitere medizinische Massnahmen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich verbessert werden könne. Die Beschwerdeführerin sei daher aufgefordert worden, eine regelmässige psychiatrische Behandlung aufzunehmen. Leider hätten die Abklärungen ergeben, dass diese die ihr zumutbaren medizinischen Massnahmen nicht ergriffen habe. Da sie nicht aktiv mitwirke, werde ihr Dossier geschlossen. Es seien eine Auflage erteilt und die Folgen bei Nichtbeachtung aufgezeigt worden. Die Beschwerdeführerin habe zudem eine Bedenkzeit resp. einen Zeitraum für die Vornahme einer Handlung erhalten. Seit der Erteilung der Auflage sei keine adäquate psychiatrische Therapie aufgenommen worden. Es bestünden auch keine Anhaltspunkte, dass eine solche demnächst eingerichtet werde. Somit sei die Behandlung weiterhin ungenügend und ein allfälliger Gesundheitsschaden nicht abschliessend beurteilbar. Die in der Beschwerde zitierten Berichte würden beim angefochtenen Entscheid berücksichtigt. Weitere Abklärungen seien aufgrund des Nichterfüllens der Auflage nicht angezeigt. Zudem könne nicht davon gesprochen werden, dass die Beschwerdegegnerin Leistungen verweigere. Das Gesetz verlange eine gewisse

Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht durch die Versicherten. Diese seien vorliegend mit dem Mahn- und Bedenkzeitverfahren auferlegt worden.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 8 ff.) entgegenhalten, weil sie nach [...] umgezogen sei, habe sie den Hausarzt gewechselt. Es seien daher Verzögerungen entstanden. Diese hätten jedoch nichts mit einer absichtlichen Verweigerung der Mitwirkung gemeinsam. Die Aufforderung der Beschwerdegegnerin sei nach Möglichkeit umgesetzt worden. Sie sei nach dem Schreiben vom 12. Januar 2015 noch im Februar 2015 an das D.____ verwiesen und auf den 27. Februar 2015 aufgeboten worden. Dort sei sie auch zum Erstgespräch erschienen. Am Schluss des Protokolls sei festgehalten, dass anstelle einer psychiatrischen Betreuung vorerst über den Hausarzt ein rehabilitativer Aufenthalt in der Klinik G.____ organisiert werde, um auch eine stationäre psychosomatische Behandlung zu erhalten. Die Beschwerdegegnerin sei darüber informiert worden. Die initiale Behandlung in einer Rehabilitationsklinik sei in den Vordergrund, die Betreuung in einer psychosomatischen Klinik in den Hintergrund gestellt worden. Die Beschwerdeführerin sei durch die Hausärztin zusätzlich an die Praxis H.____, Psychiatrie und Psychotherapie, verwiesen worden. Die Beschwerdegegnerin sei anschliessend über die eingeleitete Behandlung in dieser Praxis informiert worden. Trotzdem sei die angefochtene Verfügung ergangen. Dabei habe die Beschwerdegegnerin Art. 21 Abs.4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.10) nicht korrekt angewendet. Beim Schreiben vom 12. Januar 2015 gehe es nicht um eine Mahnung, sondern um eine erstmalige Einladung, sich über den Hausarzt im D.____ zu melden. Eine Bedenkzeit im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG werde nicht eingeräumt. Mit Schreiben vom 19. September 2016 sei der Beschwerdegegnerin mitgeteilt worden, dass bei der psychologischen Spezialistin der Praxis H.____ in [...] Konsultationen organisiert worden seien. Man habe festgehalten, dass die Beschwerdeführerin damit der Aufforderung der Beschwerdegegnerin nachgekommen sei, eine psychologische Behandlung einzuleiten. Die Beschwerdegegnerin habe im Austausch mit der Beschwerdeführerin nicht darauf reagiert, weshalb die Termine weitergeführt worden seien. Statt zu melden, dass die eingeschlagene Therapie nicht als die richtige erachtet werde, habe die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung jeglichen Leistungsanspruch verneint. Dieses Verhalten verstosse gegen die Ansprüche auf ein faires Verfahren, das Willkürverbot, den Grundsatz des Handelns nach Treu und Glauben und den Gutgläubensschutz. Weiter habe die Beschwerdegegnerin aufgrund von unvollständigen Akten entschieden, ohne vorher der Beschwerdeführerin nach erfolgter Vernehmlassung im Rahmen des rechtlichen Gehörs die Möglichkeit zu geben, den Sachverhalt zu ergänzen. Es habe sehr wohl ein Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik in der Klinik G.____ stattgefunden. Weiter sei die Hausärztin Dr. med. I.____ dabei, behutsam ein Vertrauensverhältnis zur Beschwerdeführerin aufzubauen und Strategien zur besseren Bewältigung der Schmerzen zu entwickeln. Eine Erwerbstätigkeit liege gemäss Bericht der Hausärztin völlig ausser Reichweite. Den neuesten Verlaufsberichten von Dr. med. I.____ vom 19. Dezember 2016 und der Praxis H.____ vom 4. Januar 2017 könne entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin nicht nur dauerhaft arbeitsunfähig, sondern geradezu pflegebedürftig sei. In somatischer und psychosomatischer Hinsicht bestehe ohne den geringsten Zweifel eine vollständige und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit.

E. 3

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 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 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). Im vorliegenden Fall wird ab dem 24. Oktober 2011 eine Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht (IV-Nr. 1), d.h. eine Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Oktober 2012 vorliegen (vgl. E. II. 3.3). Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 29. August 2012 [IV-Nr. 1]), was hier im Februar 2013 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab Februar 2013 gegeben sein. Bei einem Anspruchsbeginn im Jahr 2013 sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der ab 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten 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 die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und 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 hinreichend 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 (Beweissmassnahmen) 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).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

E. 5

5.1 Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG).

5.2 Die Leistungen können nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 dieses Gesetzes oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Art. 7b Abs. 1 IVG).

5.3 Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb, das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

Eine Leistungsverweigerung oder -kürzung mit der Begründung, die versicherte Person schöpfe ihre Behandlungsressourcen nicht aus, setzt demnach ein Vorgehen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG voraus. Diese Rechtsfolge greift nur, wenn ■ bei vorausgesetzter Zumutbarkeit der Behandlung bzw. Eingliederung ■ die versicherte Person die Behandlung bzw. Eingliederung durch ein ihr zuzurechnendes Verhalten vereitelt bzw. deren Erfolg verunmöglicht. Ihr Verhalten kann aktiv oder passiv sein. Prinzipiell muss ein vorsätzliches oder zumindest eventualvorsätzliches Verhalten vorliegen. Zwischen dem vorausgesetzten Verhalten der versicherten Person und der vorausgesetzten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss ein Kausalzusammenhang bestehen. Die geforderte medizinische oder erwerbliche Vorkehr muss geeignet sein, eine erhebliche Minderung des versicherten Schadens zu bewirken. Eines strikten Beweises, die verweigerte Massnahme hätte tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt, bedarf es nicht; vielmehr genügt es, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre. Im Hinblick auf die Zielsetzung von Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen ist die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen erst nach der Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens anzuordnen. Für den Bereich der IV hat die Rechtsprechung die Durchführung eines solchen Verfahrens als zwingend erforderlich erklärt. Der versicherten Person ist unter substantiiertem Bezugnahme auf das von ihr geforderte Verhalten schriftlich mitzuteilen, welche Folgen ihre Widersetzlichkeit nach sich ziehen kann, und sie ist aufzufordern, ihrer (zumutbaren) Schadensminderungspflicht nachzukommen. Die Anforderungen an die Schadensminderungspflicht sind dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadensmindernde Vorkehrungen Rentenleistungen auslöst. Dazu ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Dieses Vorgehen ist zwingend zu befolgen (vgl. Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 21, N 85 ff.; mit Verweisen auf die Rechtsprechung; Urteil des Bundesgerichts 9C_391/2016 vom 4. November 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat. In medizinischer Hinsicht hat sie sich dabei im Wesentlichen auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 7. April 2014 abgestützt, welches im Begutachtungszeitpunkt von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgeht. Bezüglich dieses Gutachtens werden weder in formeller noch inhaltlicher Sicht Rügen vorgebracht, womit die Beweiskraft desselben nicht bestritten ist. So zeigt sich auch, dass die an ein beweiskräftiges Gutachten gestellten Anforderungen allesamt gegeben sind. Das vorliegende Gutachten beruht auf umfassender Aktenkenntnis

und Analyse, einer eingehenden Untersuchung der Beschwerdeführerin in den relevanten Disziplinen (Rheumatologie und Psychiatrie), wobei auch die von der Beschwerdeführerin subjektiv geschilderten Beschwerden berücksichtigt wurden, und es wurde mit Dr. med. J. ____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, sowie Dr. med. K. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt. Inhaltlich sind die getroffenen Schlussfolgerungen mit Blick auf die erhobenen Befunde in jeder Hinsicht nachvollziehbar. So kommen die beiden Gutachter in der Konsensbeurteilung zum Schluss, dass in der aktuellen medizinischen Untersuchung eine schwere depressive Episode zu diagnostizieren sei, aufgrund welcher die Beschwerdeführerin aktuell nicht arbeitsfähig sei. Dies steht in Einklang mit den vom psychiatrischen Gutachter erhobenen Befunden (deutliche Auffassungsstörungen, gelegentliches Danebenreden, Konzentrationsstörungen, affektiv kaum vorhandene Schwingungsfähigkeit, schlecht herstellbarer affektiver Rapport, tiefe Deprimiertheit und Traurigkeit, Schamgefühle und vermindertes Selbstwertgefühl, verringerter Antrieb, deutliches Morgentief und deutlicher sozialer Rückzug, Ein- und Durchschlafstörungen, verminderter Appetit [IV-Nr. 36.4 S. 5 ff.]). Der psychiatrische Gutachter erachtet die rezidivierende depressive Episode (da es sich nach 2009 / 2010 um eine zweite depressive Episode handelt) nach Beschreibung der Symptome nachvollziehbar als schwer, was sich auch am Ergebnis des MADRS-Tests zeigt (Wert von 36 Punkten, wobei ein Wert ab 30 Punkten einer schweren Depression entspreche). Schlüssig weist er auch darauf hin, dass die Schmerz Wahrnehmung der Beschwerdeführerin durch die depressive Episode deutlich verstärkt werde, wobei die depressiven Kognitionen und die depressiv bedingte Hilflosigkeit eine Rolle spielten. Er vermutet mit Blick auf die Biographie der Beschwerdeführerin einen Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit und stellt eine Persönlichkeitsakzentuierung fest, die er in Zusammenhang mit der Entwicklung der Depression stehend sieht. Er geht dabei von dependenten und etwas histrionischen Anteilen aus. Zusätzlich äussert er, im Einklang mit allen übrigen vorliegenden Berichten, den Verdacht auf eine Opiat- und Benzodiazepin-Abhängigkeit, wobei jedoch im Rahmen der Begutachtung ein negatives Serum-Screening vorgelegen habe, obwohl die Beschwerdeführerin angegeben habe, Opiate und Benzodiazepine einzunehmen.

In rheumatologischer Hinsicht wird im Gutachten von einem rechtsseitigen chronischen zerviko- und lumbospondylogenen Schmerzsyndrom ausgegangen, im Bereich der oberen Extremität sei klinisch eine zusätzliche, intermittierende, positionsabhängige zervikoradikuläre Reizsymptomatik C7 oder C8 möglich (IV-Nr. 36.3 S. 7). Ein Teil der Beschwerden wird in Zusammenhang mit MR-tomographisch nachgewiesenen, degenerativen Veränderungen der beiden distalen LWS-Segmente und besonders einer Diskushernie C6/C7 gesehen, das Ausmass der gezeigten Beschwerden ist nach einleuchtender gutachterlicher Einschätzung damit aber nicht vollumfänglich zu erklären. Konsequenterweise wird von einer allmählichen Schmerzausweitung und Chronifizierung ausgegangen, die durch die psychiatrischen Diagnosen begünstigend unterhalten wird. Auch die rheumatologische Einschätzung deckt sich mit den erhobenen Befunden. Bildgebende Untersuchungen werden mitberücksichtigt und die Beurteilung erweist sich damit als nachvollziehbar. Demgemäss zeigte ein erstes MRI im Jahr 2004 erstmals breitbasige Bandscheibenvorwölbungen der beiden untersten LWS-Segmente ohne sicheren Nachweis einer Nervenwurzelkompression. 2011 entwickelten sich dann rechtsseitige Lumboischialgien, deren Intensität allmählich zunahm. Gemäss gutachterlicher Einschätzung lässt sich das klinische Bild nicht mit einem umschriebenen lumboradikulären

Kompressionssyndrom vereinbaren, sondern es spricht eher für eine allmähliche Schmerzausweitung und ■chronifizierung. Zwei MRI-Untersuchungen am 30. November 2011 und 24. Januar 2013 zeigten stationäre breitbasige Bandscheibenvorwölbungen L4/L5 und L5/S1, jedoch ohne Nervenwurzelkompression. Die zusätzliche MR-tomographische Darstellung der Sakroilialgelenke am 24. Januar 2013 und die klinische Untersuchung im Rahmen der Begutachtung ergaben keine Hinweise für eine allfällige Spondyloarthritis. Ohne eruierbaren Auslöser entwickelte sich 2011 zusätzlich ein zunehmendes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit anamnestisch möglicher zervikoradikulärer Reizsymptomatik C7 oder C8 rechts. Eine MR-tomographische Untersuchung der HWS am 8. November 2012 zeigte sodann eine rechtsseitige Diskushernie C6/C7 sowie eine mediane Diskusprotrusion im darüber liegenden Segment. Weder in der fachneurologischen Konsiliaruntersuchung im November 2012 noch in der aktuellen Untersuchung fanden sich jedoch klinische Hinweise für eine motorische zervikoradikuläre Ausfallsymptomatik rechts. Damit liegt nach einleuchtender gutachterlicher Schlussfolgerung ein rechtsseitiges, chronisches, zerviko- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom vor, im Bereich der rechten oberen Extremität klinisch eine zusätzliche, intermittierende, positionsabhängige zervikoradikuläre Reizsymptomatik C7 oder C8. Als begünstigenden Faktor von rheumatologischer Seite sieht der Gutachter hinsichtlich der Schmerzchronifizierung auch eine Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur, die sich in den MRI-Untersuchungen zeigt.

Die Gutachter erheben damit folgende Diagnosen (IV-Nr. 36.1 S. 3):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2)
 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1)
 3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 54.5)
 - Erstmanifestation 2004 mit initial linksseitiger Lumboischialgie, ab 2011 rechtsseitiges lumbospondylogenes Syndrom
 - MRI LWS 10.12.2004: breitbasige Diskusprotrusionen L4/L5, zusätzlich Anulusriss,
 - MRI LWS und SIG 23.01.2013: breitbasige Diskuswölbung L4/L5 (mit Anulusriss), ausgeprägter als L5/S1, keine Wurzelkompression; auf beiden Höhen beginnende fettige Degeneration der autochthonen Rückenmuskulatur; unauffällige SIG ohne Hinweise für eine allfällige Spondylarthrit
 - Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur
 4. Chronisches zervikospondylogenes Syndrom rechts (ICD-10 M54.82), klinisch zervikoradikuläres Reizsyndrom C7 und/oder C8 rechts möglich
 - MRI HWS 08.11.2012: rechtsseitige Diskushernie C6/C7, mediane Diskusprotrusion C5/C6
 - Dysbalance der Schultergürtelmuskulatur
- ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit histrionischen und dependenten Anteilen (ICD-10 Z73.1)
2. Verdacht auf Benzodiazepin-Abusus, ärztlich kontrollierte Opiat-Abhängigkeit
3. Anamnestisch Asthma bronchiale
4. Status nach Hepatitis B
5. Helicobacter-positive Dyspepsie

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kommen die Gutachter ebenfalls nachvollziehbar zum Schluss, dass zum Begutachtungszeitpunkt aufgrund der psychiatrischen Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig schwer, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe. Dabei wird auf grosse Einschränkungen in Bezug auf Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Gruppen- und Kontaktfähigkeit sowie Entscheidungsfähigkeit hingewiesen. Ebenfalls wird ausgeführt, dass die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen durch die schwere depressive Episode zurzeit nicht überwindbar seien. In rheumatologischer Hinsicht wird erklärt, das Ausmass der körperlichen Beeinträchtigung in der angestammten Tätigkeit sei als leicht- bis mittelgradig einzustufen. Belastend seien die oft über längere Zeit stereotype Körperhaltung sowie die Anforderungen an die Konzentration. Aufgrund der Chronifizierung eines rechtsseitigen zerviko- und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit weitgehender Vernachlässigung des rechten Armes dürften auch körperlich leicht bis mässiggradig belastende Arbeitstätigkeiten, insbesondere manueller Natur, kaum realisierbar sein. Wegen der eingetretenen Schmerzchronifizierung der rechtsseitigen Extremitäten sei das berufliche Eingliederungspotenzial als gering einzustufen. Eine abschliessende rheumatologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei aber aufgrund der Schwere der psychischen Beeinträchtigung mit weitgehender Vernachlässigung des dominanten rechten Armes und einer Schmerzchronifizierung mit erheblicher Behinderung bereits für einfache Alltagstätigkeiten aktuell nicht möglich.

Zusammenfassend gehen die Gutachter damit davon aus, dass prioritär ein Behandlungs- und Eingliederungspotenzial hinsichtlich der Depression und der vermuteten medikamentösen Nebenwirkungen abgeschätzt werden muss. Es wird richtigerweise darauf hingewiesen, dass eine Behandlung der schweren depressiven Episode inklusive psychiatrischer Schmerzbehandlung bis zum Begutachtungszeitpunkt nicht erfolgt ist, weshalb die Frage nach der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit gutachterlich nicht beantwortet werden kann. Nach klinischer Erfahrung und Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin mindestens noch ein Jahr lang vollständig arbeitsunfähig sein werde. Nach erfolgter Therapie sei indessen eine Reevaluation durchzuführen. Die Beschwerdeführerin benötige dringend eine psychiatrische Therapie unter Einbezug von Psychopharmaka oder auch trizyklischer Antidepressiva. Gegebenenfalls seien Neuroleptika einzusetzen, um die Unruhe und den Benzodiazepin-Abusus einzudämmen. Auch unterstützende Gespräche seien sinnvoll. Wegen der Schwere der Symptomatik erachte man eine stationäre Therapie als indiziert. Nach vorgängiger Einschätzung des Behandlungspotenzials aus psychiatrischer Sicht wäre von rheumatologischer Seite eine mehrwöchige multimodale Rehabilitation zu prüfen.

7. Die Beschwerdegegnerin hat, gestützt auf die beweiskräftigen gutachterlichen Einschätzungen, der Beschwerdeführerin am 12. Januar 2015 ein Schreiben zugestellt (mit

zusätzlicher Kopie an die Sozialen Dienste und den Hausarzt), worin sie festhielt, es sei der Beschwerdeführerin möglich und zumutbar, durch medizinische Massnahmen eine gewisse Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wieder zu erlangen. Sie wies auf den Grundsatz «Eingliederung vor Rente» hin und forderte die Beschwerdeführerin auf, sich bis spätestens am 26. Januar 2015 mit ihrem Hausarzt in Verbindung zu setzen und sich mit dessen Hilfe bis spätestens am 23. Februar 2015 im D.____ anzumelden. In der Folge habe sie dort regelmässige Termine wahrzunehmen. Für den Fall, dass sie diesen Aufforderungen nicht nachkomme, würden die Leistungen verweigert. Im Schreiben wurden weiter die Bestimmungen von Art. 7 Abs. 2 IVG und Art. 21 Abs. 4 ATSG zitiert. Die Beschwerdegegnerin hat damit ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren eingeleitet und die notwendigen Anforderungen an ein solches eingehalten. Es handelt sich bei diesem Schreiben nicht um eine blosser «Einladung», sondern die Beschwerdeführerin wurde ausdrücklich aufgefordert, innert einer gewissen Frist (Bedenkzeit) zumutbare medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu ergreifen. Diese Ermahnung erfolgte schriftlich und auf die Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung wurde hingewiesen. Dieses Vorgehen erfolgte zu Recht, war doch zum entsprechenden Zeitpunkt eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohne vorgängige Behandlung der schweren depressiven Episode nicht möglich. Die erteilte Auflage war klar und unmissverständlich: eine psychiatrische Behandlung sei dringend angezeigt und daher aufzunehmen sowie regelmässig wahrzunehmen. Dieser Aufforderung kam die Beschwerdeführerin in der Folge nicht nach. Zwar leistete sie einer vom D.____ am 3. Februar 2015 versandten Einladung zum Erstgespräch (IV-Nr. 50) Folge ■ ein Erstgespräch fand am 27. Februar 2015 statt (IV-Nr. 55.1). Im Protokoll dieses Erstgesprächs ist aber zu lesen, dass die Beschwerdeführerin mit einer psychiatrischen Betreuung nicht einverstanden sei und einen Folgetermin zur Besprechung des weiteren Prozederes nicht eingehalten habe. Damit hat sie die erteilte Auflage nicht erfüllt. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass im Protokoll des Erstgesprächs festgehalten wird, die Beschwerdeführerin habe sich mit dem Hausarzt in Verbindung gesetzt, der einen rehabilitativen Aufenthalt in der Klinik G.____ organisieren werde. Ihr wurde klar die Auflage erteilt, sich einer regelmässigen psychiatrischen Behandlung zu unterziehen, dem ist sie nicht nachgekommen. Die im Protokoll des Erstgesprächs festgehaltene Äusserung über diesen rehabilitativen Aufenthalt kann auch nicht dahingehend interpretiert werden, dass ein solcher aus psychiatrischer Sicht in den Vordergrund gestellt worden sei. Sie besagt lediglich, dass die Beschwerdeführerin einen solchen offenbar für sich in den Vordergrund stellte. Jedoch fand auch dieser Aufenthalt erst über ein Jahr später, nämlich vom 15. bis 31. März 2016 statt (vgl. Austrittsbericht der G.____ vom 13. April 2016, IV-Nr. 74 S. 5 f.). Im Austrittsbericht wird überdies festgehalten, dass das Verhalten der Beschwerdeführerin während des kurzen Aufenthalts zeitweise den Eindruck erweckt habe, dass die Motivation zu Veränderungen / Verbesserungen nicht immer vorhanden gewesen sei. So habe sie auch nicht den genauen Grund für die von ihr gewünschte Abreise nennen können. Obwohl man eine Verlängerung des Aufenthalts vorgeschlagen hatte, zog es die Beschwerdeführerin vor, die Klinik auf eigenen Wunsch zu verlassen. Insofern ist auch nach dem erfolgten stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik weiterhin von einer ungenügenden Behandlung zu sprechen.

Am 19. September 2016 liess die Beschwerdeführerin schliesslich über ihren Vertreter mitteilen (IV-Nr. 79), dass Konsultationen bei einer Psychologin stattfänden. Es habe bereits zwei Termine gegeben. Wie sich der Aktennotiz RAD (med. pract. L.____) vom 18. Oktober 2016 (IV-Nr. 80) entnehmen lässt, sind diesbezüglich Abklärungen getätigt

worden. Richtigerweise hält der RAD aber fest, dass weiterhin keine adäquate psychiatrische Therapie nach den gültigen Leitlinien der Psychiatrie erfolgt, obwohl die Beschwerdeführerin im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufgefordert wurde, sich einer regelmässigen psychiatrischen Behandlung zu unterziehen, was bei einer schweren depressiven Episode auch fraglos notwendig wäre. Auch der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Verlaufsbericht von lic. phil. M.____ und Dr. med. N.____ vom 4. Januar 2017 (Beilage 7 zur Beschwerde vom 13. Januar 2017) vermag an dieser Tatsache nichts zu ändern. Einerseits erfolgte diese Berichterstattung nach der angefochtenen Verfügung, weshalb sie für die Prüfung der Situation zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung gar nicht von Relevanz sein kann. Andererseits wird aus dem Bericht deutlich, dass eine adäquate Behandlung der psychischen Problematik nach wie vor nicht gegeben zu sein scheint. Im Bericht wird erwähnt, dass bis anhin fünf Sitzungen stattgefunden haben, was angesichts der Diagnose sehr wenig ist. Über eine medikamentöse Therapie wird nichts erwähnt. Auffallend ist weiter die Bemerkung, dass die Arbeitsfähigkeit von Seiten der behandelnden Personen bisher nicht untersucht worden sei, weil die Beschwerdeführerin einen diesbezüglichen Termin bei Dr. med. N.____ unentschuldig nicht wahrgenommen habe.

8. Die Beschwerdeführerin lässt in ihrer Beschwerde schliesslich geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe aufgrund von unvollständigen Akten entschieden, ohne vorher der Beschwerdeführerin im Rahmen des rechtlichen Gehörs die Möglichkeit zu geben, den Sachverhalt zu ergänzen. Dem kann nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt umfassend abgeklärt, indem sie ein bidisziplinäres Gutachten eingeholt hat. Dieses wurde dem damaligen Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. O.____ zugestellt, was der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 14. April 2014 mitgeteilt wurde (IV-Nr. 37). Gleichzeitig wurde sie selber eingeladen, bis zum 30. April 2014 zum Gutachten Stellung zu nehmen. Gemäss Protokolleintrag vom 23. Mai 2014 meldete sich die Beschwerdeführerin dann telefonisch bei der Beschwerdegegnerin und teilte mit, dass Dr. med. O.____ pensioniert worden sei. Sie sei nun bei Dr. med. P.____ in Behandlung. In einem weiteren Telefonat vom 27. Mai 2014 (vgl. den entsprechenden Protokolleintrag) eröffnete sie der Beschwerdegegnerin, es sei eine neue Diagnose hinzugekommen. In der Folge wurde beim neuen Hausarzt ein weiterer Arztbericht eingeholt (IV-Nrn. 40 - 42). Nachdem die Beschwerdeführerin wiederum den Hausarzt gewechselt hatte und sich neu von Dr. med. E.____ behandeln liess, wurde auch diesem eine Kopie des Gutachtens zugestellt (vgl. Protokolleintrag vom 3. Juni 2015). Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör verletzt haben sollte. Als die angefochtene Verfügung erging, waren sämtliche vorliegenden Berichte bekannt. Die Beschwerdegegnerin hatte Kenntnis vom Erstgespräch, das im D.____ stattgefunden hatte (IV-Nr. 55.1). Sie hatte auch Kenntnis von der Hospitalisation im Spitalzentrum [...] vom 14. bis 26. September 2015 (IV-Nrn. 56 und 62). Auch die im Einwandverfahren eingereichten Berichte, insbesondere der Bericht von Dr. med. I.____ vom 9. Mai 2016 (IV-Nr. 74 S. 8) und der Austrittsbericht der Klinik G.____ vom 13. April 2016 waren ihr bekannt und der RAD hat dazu Stellung genommen (IV-Nr. 77). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern der Entscheid der Beschwerdegegnerin auf unvollständigen Akten oder Abklärungen beruhen sollte, zumal ja auch gar keine Unstimmigkeiten bezüglich der gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. der Arbeitsfähigkeit bestanden. Sämtliche ärztlichen Berichte weisen gleiche Diagnosen auf, die Arbeitsunfähigkeit wird mit 100 % beziffert. Es bestehen insofern in diesem Punkt gar keine Widersprüchlichkeiten. Die

Beschwerde ist demnach auch in diesem Punkt abzuweisen.

9.2 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.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tageseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Weber

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_719/2017 vom 15. November 2017 bestätigt.

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

9.2 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.