

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.49 vom 12. April 2017**

SO Obergericht, 2017-04-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.49\\_d20170412](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.49_d20170412)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.49 du 12 avril 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.49 del 12 aprile 2017

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die 1969 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich am 18. Mai 2015 unter Hinweis auf Migräne mit Übelkeit und Erbrechen sowie Schulterschmerzen rechts bei der Invalidenversicherungs-Stelle des Kantons Solothurn (IV-Stelle; nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2).

1.2 Die Beschwerdegegnerin zog die Akten der Krankentaggeldversicherung Swica Gesundheitsorganisation (nachfolgend: Swica) bei (IV-Nr. 8) und führte am 7. Juli 2015 ein Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 12). Im weiteren Verlauf holte sie einen Bericht der Arbeitgeberin B.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2015 (IV-Nr. 16), weitere Unterlagen der Swica (IV-Nr. 20) sowie Berichte des Hausarztes Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 20. November 2015 (IV-Nr. 21, mit Beilagen) und des Kantonsspitals D.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2015 (IV-Nr. 23), 28. August 2015 und 13. November 2015 (IV-Nr. 24) ein. Anschliessend gab die Beschwerdegegnerin auf Anregung von Dr. med. E.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; IV-Nr. 26) ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Der Auftrag wurde über die Plattform SuisseMed@p an die Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vergeben (IV-Nr. 29). Diese erstattete ihr Gutachten am 2. Mai 2016 (IV-Nr. 34.1).

1.3 Am 25. Oktober 2016 stellte die Swica der Beschwerdegegnerin weitere Unterlagen zu (IV-Nr. 43.1). Diese enthalten diverse Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen (IV-Nr. 43.4) sowie Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_ (Eingang 27. Januar 2016, IV-Nr. 43.5 S. 5) und von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 30. März 2016 (IV-Nr. 43.5 S. 1 ff.).

2. Mit Vorbescheid vom 17. November 2016 (IV-Nr. 44) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, sie werde einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und auf eine Invalidenrente verneinen. Die Beschwerdeführerin erhob am 7. Dezember 2016 Einwände (IV-Nr. 45).

3. Mit Verfügung vom 19. Januar 2017 (Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) entschied die Beschwerdegegnerin im Sinne des Vorbescheids und verneinte einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und auf eine Invalidenrente.

4. Mit Schreiben vom 8. Februar 2017 (Postaufgabe) an die Beschwerdegegnerin ersucht die Beschwerdeführerin um eine Neu beurteilung ihrer Ansprüche. Die

Beschwerdegegnerin leitet den Brief an das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (Versicherungsgericht) weiter. Dieses nimmt ihn als Beschwerde entgegen.

5. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Zuschrift vom 27. März 2017 (A.S. 10) auf eine Vernehmlassung.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, zulässiges Anfechtungsobjekt) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

## E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 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 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 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.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind bei erstmaliger Rentenprüfung die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend. Im Falle einer Revision gilt der Zeitpunkt der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente (Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass sind zu berücksichtigen (BGE 129 V 222).

3. Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. 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.

3.1 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf

er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.3 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

4. Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich zusammengefasst wie folgt:

4.1 Dr. med. C.\_\_\_\_ führt in seinem Bericht an die Swica vom 19. Januar 2015 (IV-Nr. 8.6 S. 17) aus, die Beschwerdeführerin leide seit ca. 10 Jahren an einer zuerst sporadischen, dann immer häufigeren und zuletzt chronifizierten, bislang komplett therapieresistenten Hemicranie rechts, selten auch links. Die rechtsseitigen Kopfschmerzen mit Augensymptomen würden ausgelöst durch Lärm und Temperaturschwankungen. Zusätzlich komme es zu Vertigo-Attacken und phasenweise Nausea. Die Patientin sei für eine neurologische Abklärung angemeldet.

4.2 Der daraufhin konsultierte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, führt in seinem Bericht vom 4. Februar 2015 (IV-Nr. 8.6 S. 8 ff.) aus, die Beschwerdeführerin leide seit ca. 24 Jahren an ein bis zwei Mal pro Monat auftretenden, bis zu 3 Tage lang dauernden Migränekopfschmerzen. Ausserdem bestehe ein Verdacht auf chronische Spannungskopfschmerzen an ca. 27 Tagen pro Monat. Zusätzlich bestünden präsynkopale Episoden mit «Sturmgefühl» und Schwarzwerden vor den Augen, vor allem beim Aufstehen. Weiter werde über ein intermittierendes Schwächegefühl in den Beinen berichtet. Falls die nun eingeleitete Behandlung mit Amitriptylin nicht wirke, empfehle er eine Hospitalisation.

Die neurologische Untersuchung im Universitätsspital [...] vom 19. März 2015 ergibt als Diagnose eine episodische Migräne ohne Aura sowie Nacken- und Schulterschmerzen

rechts (klinisch aktuell kein Hinweis auf eine Radikulopathie bei unauffälligem Neurostatus). Im Vordergrund stehe klar die Kopfschmerzsituation. Die Ärzte empfehlen ebenfalls eine stationäre medikamentöse Einstellung (IV-Nr. 8.6 S. 12 f.).

4.3 Dr. med. I.\_\_\_\_, Konsiliararzt Klinik für Schmerztherapie, Kantonsspital [...], erklärt in seinem Bericht vom 29. April 2015 (IV-Nr. 8.6 S. 1 ff.), es ergebe sich das Bild einer schweren langjährigen Schmerzerkrankung mit im Vordergrund stehender therapieresistenter, im Verlauf progredienter Migräne ohne Aura mit möglichem Schmerzmittelübergebrauch. Aufgrund der Schwere des Leidens bei bestehender Motivation und Eigenanstrengung und des fehlenden anhaltenden Erfolgs der bisherigen, konsequent vorgenommenen unimodalen schmerztherapeutischen Verfahren, einer mittlerweile bestehenden psychischen Begleiterkrankung sowie einer manifesten Beeinträchtigung der Lebensqualität und Arbeitsunfähigkeit (100 % AUF seit Dezember 2014) ergebe sich die Notwendigkeit einer konventionellen stationären multimodalen Schmerztherapie. Dadurch lasse sich wahrscheinlich eine Verbesserung der somatischen, psychischen und auch sozialen Situation erreichen.

4.4 Der Austrittsbericht der Klinik für Schmerztherapie, Kantonsspital [...], vom 28. August 2015 (IV-Nr. 20 S. 3 ff., über einen Aufenthalt vom 8. bis 27. Juni 2015) nennt als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41 (bei chronischer Zervikobrachialgie rechts, Migräne ohne Aura [ICD-10 G43.8] und medikamenteninduziertem Kopfschmerz) sowie Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2).

Im Austrittsbericht derselben Klinik vom 13. November 2015 (IV-Nr. 24 S. 2 ff.; über einen Aufenthalt vom 9. bis 14. November 2015) werden die Diagnosen vergleichbar formuliert, wobei zusätzlich eine Neurasthenie mit psychophysischer Erschöpfung und Somatisierung (ICD-10 F48.0) Erwähnung findet. Die Kopfschmerzen seien nach dem ersten Aufenthalt vom Juni nicht anders oder weniger häufig geworden, auch nicht während zehntägiger Heimatferien.

Dr. med. I.\_\_\_\_ erklärt im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 7. Dezember 2015 (IV-Nr. 22), bezüglich der Diagnosen sei auf den Entlassungsbericht (vom 13. November 2015) zu verweisen. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig und eine ergänzende medizinische Abklärung sei angezeigt. Die gesundheitliche Störung begründe eine verminderte körperliche Belastbarkeit, insbesondere für Haltetätigkeiten fernab der Körperachse, sowie eine verminderte Belastungsfähigkeit für Arbeiten in Zwangshaltungen. Die bisherige Tätigkeit sei noch in einem Rahmen von vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar. Möglich seien leichte bis allenfalls mittelschwere körperliche Tätigkeiten, wechselnd im Gehen, Stehen und Sitzen möglich. Vermieden werden sollten das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, Haltetätigkeiten fernab der Körperachse sowie Zwangshaltungen, insbesondere Über-Kopf-Tätigkeiten.

4.5 Dr. med. C.\_\_\_\_ diagnostiziert in seinem Bericht vom 20. November 2015 (IV-Nr. 21) eine progrediente Chronifizierung einer bisher völlig therapieresistenten Cephalaea vom gemischten Typ (episodische Migräne; Spannungscephalea mit zervikogener Komponente; Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz), Depression und Angsterkrankung sowie eine somatoforme Schmerzstörung. Die Beschwerdeführerin sei seit 15. Dezember 2014 und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.

4.6 Das Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2016 (IV-Nr. 34.1) basiert auf den Vorakten, zusätzlichen radiologischen Aufnahmen der HWS und LWs vom 7. April 2016 sowie Laboruntersuchungen (IV-Nr. 34.2) und eigenen spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen Orthopädie, Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin und Neurologie.

4.6.1 Die psychiatrische Teilgutachterin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostiziert eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die Beschwerdeführerin habe auf der Basis der seit mehr als 20 Jahren bestehenden Migräne sowie der in den letzten Jahren hinzugekommenen chronischen rechtsbetonten Spannungskopfschmerzen eine chronische Schmerzstörung entwickelt. Als aufrechterhaltender psychischer Faktor sei die stressige, monotone Verpackungstätigkeit in der Arbeit bei der Firma B.\_\_\_\_ zu nennen. Vermutlich habe auch schon seit längerer Zeit eine schmerzbezogene Angst bestanden. Die Schmerzthematik nehme viel Platz im Denken der Beschwerdeführerin ein und sei nach ihren Angaben auch das Hauptthema der vor kurzem aufgenommenen Gesprächstherapie. Zum aktuellen Zeitpunkt lasse sich keine affektive oder Angststörung feststellen. Der einzige Faktor, der aktuell die Entstehung der anhaltenden Schmerzstörung beeinflusse, seien die mangelhaften deutschen Sprachkenntnisse. Es sei schwer nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin, die in ihrer Heimat das Gymnasium besucht habe, es nicht geschafft habe, zumindest annähernd die deutsche Sprache zu erlernen. Sie sei dadurch von anderen Menschen abhängig bzw. auf diese angewiesen. Diese Tatsache unterstreiche auch das Persönlichkeitsbild, das sich während der Begutachtung herauskristallisiert habe, und zwar vordergründig mit abhängigen, selbstunsicheren sowie ängstlich-vermeidenden Anteilen. Zum sozialen Kontext hält die Gutachterin fest, ein Arbeitstraining finde nicht statt. Belastende soziale Ereignisse hätten nicht eruiert werden können. Die Arbeitslosigkeit habe, zumindest formal, erst im September 2015 begonnen, so dass man dies nicht als langwierige soziale Belastung auffassen könne. Die Hauptressourcenquelle liege in der Familie, zu der die Beschwerdeführerin ein sehr gutes Verhältnis habe. Sowohl in ihrer Ursprungsfamilie als auch während der Lebensphase bei den Schwiegereltern, als der Ehemann in der Schweiz gewesen sei, habe sie viel Unterstützung erhalten. Ihre Kommunikationsfähigkeit sei zumindest in der Familie und im engeren Umfeld (Nachbarschaft) ausreichend ausgeprägt, das Haupthindernis seien im weiteren Sinn die geringen deutschen Sprachkenntnisse. Die aktuelle Gesprächstherapie mit einem Termin pro Monat weise eher auf einen supportiven Charakter hin. Für eine intensive, in diesem Fall angemessene Psychotherapie seien, zumindest am Anfang der Behandlung, wöchentliche Termine erforderlich. Auf der Basis einer guten, vertrauensvollen therapeutischen Beziehung könnte der die Beschwerdeführerin seit kurzem behandelnde Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_ versuchen, nochmals die medikamentöse Behandlung zu optimieren. Angesichts des bisherigen Verlaufs, auch anlässlich der beiden stationären Aufenthalte, sei es ansonsten schwierig, irgendwelche Therapieempfehlungen zu geben. Das einzig verbleibende sei eine psychiatrische Tagesklinik, wobei offen bleibe, ob sich die Beschwerdeführerin darauf einlassen könnte. Eingliederungsmassnahmen seien angezeigt. Empfehlenswert sei ein Belastbarkeitstraining, am Anfang in geringem Umfang, ca. 20 %, im Verlauf auszubauen bis zu 60 - 80 %. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht betrage für die zuletzt ausgeübte wie auch für eine adaptierte Tätigkeit 80 %. Die Beschwerdeführerin benötige eine langsame Wiedereingliederung, am besten mit Beginn von 20 %, mit langsamem Aufbau. Wünschenswert wäre eine ruhige, stressfreie Arbeit,

ohne Zeitdruck und Leistungsdruck und ohne verschiedene physikalische Reize, die eine weitere Migräneattacke auslösen könnten.

Eingehend auf die fachspezifischen Vorakten hält die Gutachterin fest, es lägen keine früheren psychiatrischen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit vor. Auch vom seit kurzer Zeit behandelnden Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_ liege kein Bericht vor. Die in den Berichten von Dr. med. I.\_\_\_\_ sowie in den Austrittsberichten der Klinik für Schmerztherapie vom 28. August und 30. [recte: 13.] November 2015 (E. II. 4.4 hiervor) gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren könne nachvollzogen werden. Dagegen würden sich die Diagnosen «Angst und Depression gemischt» und «Neurasthenie» überlappen, es sei daher weniger verständlich, dass sie im Bericht vom November 2015 parallel zu einander gestellt würden. Gestützt auf die von ihr erhobenen Untersuchungsbefunde verneint die psychiatrische Gutachterin das Vorliegen einer affektiven Störung und einer Angststörung. Die Frage, ob die Beschwerdeführerin bereits mit dem IV-relevanten Schaden in die Schweiz eingereist sei, wird verneint.

4.6.2 Die internistische Untersuchung durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, ergab keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne solche Auswirkung bestünden ein Status nach Vitamin D3-Insuffizienz, ein Status nach Ferritin-Mangel bei Hypermenorrhoe sowie eine Wespen- und Bienenstichallergie (einmalige Episode). Empfohlen werden regelmässige körperliche Aktivitäten.

4.6.3 Im neurologischen Teilgutachten (Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt Neurologie; Dr. med. M.\_\_\_\_, Assistenzärztin Neurologie) wird ausgeführt, nach den Angaben der Beschwerdeführerin sei die Frequenz der Migräneattacken in den letzten vier bis fünf Jahren auf vier bis fünf pro Monat angestiegen. Neben diesen klassischen Migränekopfschmerzen, die bisher nie mit Aura im Vorfeld aufgetreten seien, habe sich über die letzten Jahre auch ein täglicher chronischer Kopfschmerz entwickelt, an welchen die Beschwerdeführerin an ca. 28 Tagen pro Monat leide. Im Vergleich zum Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2015 (E. II. 4.2 hiervor) werde nicht mehr über ein intermittierendes Schwächegefühl in den Beinen berichtet. Klinisch-neurologisch lasse sich sowohl eine Migräne ohne Aura und zusätzlich eine wahrscheinliche chronische Migräne als auch ein wahrscheinlicher Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch erheben. Es sei davon auszugehen, dass die Chronifizierung des Kopfschmerzes am ehesten durch den Medikamentenübergebrauch bedingt sei. Ob die Diagnose einer chronischen Migräne zu stellen sei, könnte erst zwei Monate nach Beendigung des Medikamentenübergebrauchs festgestellt werden. Da es bisher keine solche zweimonatige Phase gegeben habe, müsse die Diagnose im Sinne einer wahrscheinlichen chronischen Migräne und eines wahrscheinlichen Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch beschrieben werden.

In der aktuellen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin erstmals ein median begrenztes vermindertes Empfinden für Schmerz und Berührung rechtsseitig angegeben. Angesichts der unauffälligen zerebralen Bildgebung mittels MRI 2006 und 2015, dem in der aktuellen Untersuchung unauffälligen Vibrationsempfinden und Lagesinn sowie angesichts der medianen Begrenzung gingen die Gutachter von keiner organischen Ursache dieser Symptomatik aus und es werde diesbezüglich auch keine weitere Diagnostik empfohlen. Hinsichtlich der beschriebenen muskuloskelettal bedingten Nacken- und Schulterschmerzen rechtsseitig hätten sich klinisch-neurologisch keine Hinweise auf eine Radikulopathie gefunden.

Als Handicaps bestünden aus neurologischer Sicht die wahrscheinliche chronische Migräne ohne Aura und der wahrscheinliche Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch. Als erhaltene Funktionen/Ressourcen sei der ansonsten bis auf eine leichte Hemihypästhesie und Hemihypalgesie rechts normale neurologische Funktionsstatus zu nennen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Kunststofffabrik ergebe sich aufgrund der wahrscheinlichen chronischen Migräne ohne Aura eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 %, dies im Sinne einer quantitativen Einschränkung mit erhöhtem Pausenbedarf. In einer angepassten Tätigkeit (regelmässige Pausen, keine stressbehaftete Tätigkeit, lärmarme Umgebung, keine Nacht- oder Schichtarbeit) sei die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht als vollzeitlich arbeitsfähig zu betrachten, wobei aufgrund des reduzierten Rendements eine Leistungsfähigkeit von 80 % bestehe.

4.6.4 Die orthopädische Untersuchung durch die Hauptgutachterin Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ergibt keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, während körperlich schwere Tätigkeiten vermieden werden sollten.

4.6.5 In ihrer Gesamtbeurteilung stellen die Gutachter folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

Die Beschwerdeführerin sei bis Ende 2014 als Arbeiterin in einer Kunststofffirma, teils sitzend, teils stehend, tätig gewesen. Dabei sei von einer mittelschweren Tätigkeit auszugehen. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in dieser Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Diese sei psychiatrisch und neurologisch begründet. Dieselbe Arbeitsfähigkeit bestehe in anderen Tätigkeiten ohne Heben über 25 kg, ohne dauernde Zwangshaltungen, mit regelmässigen Pausen (erhöhter Pausenbedarf), nicht stressbehaftet, ohne Lärm und ohne Nacht- oder Schichtarbeit. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte seit Februar 2015.

4.7 Dr. med. G.\_\_\_\_ führt in seinem Bericht vom 30. März 2016 (IV-Nr. 43.5 S. 1 f.) aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 22. Dezember 2015 bei ihm in ambulanter psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung. Sie leide an Kraft-, Appetit-, Schlaflosigkeit und Migräne. Ihr Antrieb sei reduziert, auch Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration seien vermindert. Migräneattacken habe sie seit 24 Jahren. Zusätzlich habe sie Kopfschmerzen sowie Schmerzen in der rechten Schulter beim Aufrichten, Heben und in der Hausarbeit. Sie habe keine Kraft in den Beinen, nach ca. einer Stunde Hausarbeit sei sie völlig erschöpft und müsse sich niederlegen. Zu diagnostizieren seien eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei chronischer Zervikobrachialgie rechts, Migräne, Spannungskopfschmerz sowie eine Anpassungsstörung, Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2). Es fänden Konsultationen in dreiwöchigen Abständen statt. Objektiviert werden könnten eine anhaltende Müdigkeit mit leichten Konzentrationsschwierigkeiten, eine Verminderung von Antrieb und Motivation sowie der schmerzhafte Gesichtsausdruck bei der Bewegung des rechten Arms. Es sei davon auszugehen, dass sich das Beschwerdebild in den nächsten Monaten zunehmend stabilisieren werde, weshalb er, Dr. med. G.\_\_\_\_, von einer positiven Entwicklung und einer guten Prognose ausgehe. Zurzeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig, nicht belastbar und nicht zumutbar.

## **E. 5**

5.1 Das Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2015 (IV-Nr. 34.1) beruht auf den vollständigen Vorakten sowie auf spezialärztlichen Untersuchungen in den relevanten Disziplinen. Die Experten gelangen zu schlüssigen Ergebnissen. Sie legen dar, welche Befunde erhoben wurden und welche Einschränkungen sich daraus ableiten lassen. Die Überlegungen, welche zum Ergebnis führen, werden nachvollziehbar dargestellt. Die einzelnen Teilaussagen wie auch die Gesamtbeurteilung, die auf einem Konsens der beteiligten Ärztinnen und Ärzte beruht, werden plausibel begründet. Die gestellten Fragen werden klar beantwortet. Innere Widersprüche finden sich nicht. Sowohl im neurologischen als auch im psychiatrischen Teilgutachten wird ausführlich auf die Vorakten eingegangen. Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. J.\_\_\_\_ legt gestützt auf die von ihr erhobenen Befunde plausibel dar, dass und warum sie die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bejaht, eine Angststörung und eine affektive Störung dagegen verneint. Ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lässt sich mit den vorangegangenen Stellungnahmen insofern vereinbaren, als der Bericht der Klinik für Schmerztherapie des Kantonsspitals Baselland vom 13. November 2015 (IV-Nr. 24 S. 2 ff.) keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit nach dem am Folgetag erfolgten Austritt enthält, während Dr. med. I.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 7. Dezember 2015 (IV-Nr. 22; E. II. 4.4 hiervor) offenbar sowohl psychische als auch somatische Einschränkungen in seine Beurteilung einbezieht. Weiter ist zu berücksichtigen, dass Dr. med. I.\_\_\_\_ nicht Facharzt der Psychiatrie ist (vgl. [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)), so dass der Würdigung durch die spezialisierte Gutachterin mehr Gewicht zukommt. Die neurologischen Teilgutachter nehmen Bezug auf die früheren Stellungnahmen von Dr. med. H.\_\_\_\_ und des Universitätsspitals Basel (E. II. 4.2 hiervor). Sie erläutern nachvollziehbar, dass und warum sie die damaligen Einschätzungen weitgehend teilen und der Empfehlung einer stationären Behandlung auch rückblickend zustimmen. Die damals erhobenen Befunde werden im Rahmen der nunmehrigen Beurteilung berücksichtigt. Die gutachterliche Beurteilung schliesst an die Voruntersuchungen an und ist mit diesen in weiten Teilen vereinbar, die Abweichungen werden plausibel begründet. Das Gutachten ist daher auch inhaltlich geeignet, eine taugliche Entscheidungsgrundlage zu bilden.

5.2 Der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 30. März 2016 (IV-Nr. 43.5) lag den Gutachtern nicht vor. Von einer unvollständigen Aktenlage, welche die Beweiskraft des Gutachtens infrage stellen würde, ist jedoch nicht auszugehen, da die Behandlung bei Dr. med. G.\_\_\_\_ erst im Dezember 2015 aufgenommen worden war und sich auf Gespräche in einem Abstand von drei Wochen beschränkte. Inhaltlich entsprechen die durch ihn gestellten Diagnosen weitgehend denjenigen in den Austrittsberichten der Klinik für Schmerztherapie vom 28. August 2015 und 13. November 2015 (E. II. 4.4 hiervor). Die Hauptdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wird im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ übernommen. In Bezug auf die Diagnose «Angst und Depression gemischt» legt die psychiatrische Gutachterin nachvollziehbar dar, sie könne keine affektive Störung und keine Angststörung erheben. Dem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ lassen sich keine Aspekte entnehmen, welche in diesem Zusammenhang relevant wären und durch die Gutachterin übersehen worden wären. Die von ihm überdies angenommene Anpassungsstörung ist gegenüber den Vorakten neu und es ist nicht erkennbar, worauf sie sich stützt und inwiefern ihr eine eigenständige Bedeutung zukommen sollte. Die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters zur Arbeitsfähigkeit wird nicht begründet. Zudem ist nicht nachvollziehbar, wie die gestellten Diagnosen geeignet sein sollten, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu begründen, zumal

ihnen definitionsgemäss ein vergleichsweise geringer Schweregrad zukommt. So ist die Diagnose «Angst und depressive Störung, gemischt», gemäss ICD-10 F41.2 nur dann zu stellen, wenn ängstliche und depressive Symptome in einer Ausprägung auftreten, welche je für sich genommen keine eigenständige Diagnose rechtfertigt, während der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ein Bezug zum Schweregrad fehlt (BGE 142 V 106 E. 4.2 S. 109 f.). Aspekte, welche im Gutachten unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, enthält die Stellungnahme von Dr. med. G. \_\_\_ vom 30. März 2016 nicht. Sie ist daher nicht geeignet, den Beweiswert des Gutachtens zu erschüttern oder infrage zu stellen (vgl. E. II. 3.3 hiervor).

5.3 Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ vom 2. Mai 2016 den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht wird. Anlass zu Zweifeln an einzelnen Feststellungen oder an der Gesamtbeurteilung besteht nicht. Die Annahme einer seit Februar 2015 bestehenden Arbeitsfähigkeit von 80 % in geeigneten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten, zu welchen auch die zuletzt ausgeübte Arbeit gehört, wird überzeugend hergeleitet und kann der gerichtlichen Beurteilung zugrunde gelegt werden. Wenn die psychiatrische Teilgutachter Dr. med. J. \_\_\_ empfiehlt, zunächst berufliche Eingliederungsmassnahmen mit einem geringen Pensum von ca. 20 % zu beginnen, ist darin, wie aus den Ausführungen der Gutachterin deutlich wird, keine medizinisch begründete weitergehende Einschränkung, sondern eine Empfehlung unter Berücksichtigung invaliditätsfremder Faktoren zu erblicken. In der abschliessenden polydisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 34.1, Gutachten S. 46) findet sich denn auch kein solcher Vorbehalt.

6. Zu prüfen bleiben die für die Invaliditätsbemessung massgebenden Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen, E. II. 2.3 hiervor). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen. Da die Anmeldung im Mai 2015 erfolgte, könnte ein Rentenanspruch frühestens im November 2015 entstanden sein (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Invaliditätsbemessung hat sich daher auf das Jahr 2015 zu beziehen.

6.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen).

Entsprechend diesen Grundsätzen hat die Beschwerdegegnerin auf das Einkommen abgestellt, welches die Beschwerdeführerin bei der B. \_\_\_ erzielt hatte. Sie zog den Auszug aus dem Individuellen Konto (IK; IV-Nr. 42) heran, berechnete den Durchschnitt der Jahre 2011 - 2013 und passte diesen der Lohnentwicklung bis 2015 an. Dieses Vorgehen wäre korrekt, wenn davon auszugehen wäre, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiterhin bei dieser Arbeitgeberin angestellt wäre. Davon kann in der Regel ausgegangen werden, wenn die Anstellung aus gesundheitlichen Gründen beendet wurde. Die B. \_\_\_ gibt nun aber im Arbeitgeberbericht vom 15. Juli 2015 an, die Kündigung sei aus

betriebsbedingten Gründen erfolgt (IV-Nr. 16 S. 2). Auch im Kündigungsschreiben vom 24. Juni 2015 (IV-Nr. 13) ist von betriebsbedingten Gründen und nicht voraussehbaren Umständen die Rede. Die Beschwerdeführerin wies im Intake-Gespräch darauf hin, dass viele Personen hätten weggehen müssen (IV-Nr. 12 S. 1). Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Kündigung nicht gesundheitlich, sondern wirtschaftlich bedingt war und die Beschwerdeführerin diese Anstellung auch ohne gesundheitliche Einschränkung verloren hätte. Das Valideneinkommen kann daher nicht auf der Basis des früheren, konkreten Einkommens bemessen werden, sondern es ist auf statistische Grundlagen abzustellen, was sich im Übrigen zu Gunsten der Beschwerdeführerin auswirkt. Massgebend sind die Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level. Da die Beschwerdeführerin über keine Berufsausbildung verfügt, ist der Totalwert für Frauen im Kompetenzniveau 1 heranzuziehen.

6.2 Der Beschwerdeführerin sind mit gewissen Einschränkungen (vgl. E. II. 4.6.5 hiervor) sämtliche leichten bis mittelschweren Tätigkeiten mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % zumutbar. Da sie keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, ist das Invalideneinkommen ebenfalls gestützt auf die LSE festzulegen. Massgebend ist derselbe Tabellenwert wie beim Valideneinkommen. In dieser Konstellation erübrigt sich eine ziffernmässige Festlegung der Vergleichseinkommen. Stattdessen ist ein Prozentvergleich vorzunehmen: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C\_734/2016 vom 27. Januar 2017 E. 4.1 mit Hinweis).

Praxismässig können persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad einen auf höchstens 25 % begrenzten Leidensabzug von dem nach den LSE-Tabellenlöhnen zu ermittelnden Invalideneinkommen rechtfertigen, soweit anzunehmen ist, dass die trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit infolge eines oder mehrerer dieser Merkmale auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwertet werden kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung keinen derartigen Abzug berücksichtigt. Teilzeittätigkeit bildet bei Frauen praxismässig keinen Grund für einen Abzug vom Tabellenlohn. Zudem ist aufgrund der medizinischen Grundlagen davon auszugehen, die Beschwerdeführerin könne mit vollem Pensum bei um 20 % reduzierter Leistung arbeiten. Weder das Alter der 1969 geborenen Beschwerdeführerin noch ihr Aufenthaltsstatus (Niederlassungsbewilligung, IV-Nr. 5) lassen im hier massgebenden Bereich des Kompetenzniveaus 1 eine über die gesundheitlich bedingte Einschränkung des Leistungsvermögens hinausgehende Lohneinbusse erwarten. Diesbezüglich ist zudem zu berücksichtigen, dass im Rahmen eines Prozentvergleichs das Invalideneinkommen nur insoweit um einen Tabellenlohnabzug zu reduzieren ist, als es um Umstände geht, welche sich nicht auch im Gesundheitsfall auswirken können und deshalb in gleicher Weise auch das Valideneinkommen beeinflussen würden. Es lässt sich daher nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat. Der Invaliditätsgrad entspricht somit der Arbeitsunfähigkeit von 20 %.

7. Bei einem Invaliditätsgrad von 20 % besteht kein Anspruch auf eine Rente. Was berufliche Massnahmen anbelangt, bleibt kein Raum für eine Umschulung oder eine erstmalige berufliche Ausbildung. Leistungen in Form einer Arbeitsvermittlung waren

bisher ebenfalls nicht angezeigt, da sich die Beschwerdeführerin, wie sie in der Beschwerde ausführt, nur «im prozentualen Bereich» als arbeitsfähig erachtete. Sollte sie sich bereit erklären, das gutachterlich ermittelte Leistungsvermögen auszuschöpfen, wäre neu zu prüfen, ob die Voraussetzungen für Eingliederungsmassnahmen erfüllt sind. Während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der Verfügung vom 19. Januar 2017 bestand jedoch kein entsprechender Anspruch. Die Beschwerde ist daher auch in Bezug auf berufliche Massnahmen abzuweisen.

## **E. 8**

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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. Da die Beschwerdeführerin unterliegt, hat sie die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagenseit 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

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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