

SO_GERICHTE VSBES.2019.238 vom 3. September 2019

SO Obergericht, 2019-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.238

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.238 du 3 septembre 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.238 del 3 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1986, meldete sich am 6. Oktober 2014 bei der IV-Stelle Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 1). Zum damaligen Zeitpunkt war sie bei der Firma B.____ zu 50 % als Raumpflegerin angestellt, daneben hatte sie zwei Nebenjobs bei zwei Reinigungsfirmen. Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden Beschwerden an Rücken, Kopf und Beinen angegeben.

1.2 Die Beschwerdegegnerin holte die Akten der Krankentaggeldversicherung ein und führte am 21. Oktober 2014 ein Intake-Gespräch mit der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 12).

E. 2

2.1 Am 3. Januar 2015 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 15). Sie gab an, seit Juni 2014 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig zu sein, dies aufgrund von Kopfschmerzen und Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine, mehrheitlich in das linke Bein.

2.2 Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin diverse medizinische und erwerbliche Unterlagen ein und prüfte Eingliederungsmassnahmen. Mit Abschlussbericht vom 12. Januar 2016 (IV-Nr. 34) wurde die berufliche Eingliederung wegen fehlender gesundheitlicher Rehabilitation sowie fehlender Indizien, dass sich die Situation in der nächsten Zeit erheblich verbessern könnte, abgeschlossen.

2.3 Die Beschwerdegegnerin veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin. Das Gutachten wurde bei der Begutachtungsstelle C.____ in Auftrag gegeben und am 24. Mai 2017 von Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. E.____, Fachärztin für Gynäkologie, Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädie, erstattet (IV-Nr. 62.2).

E. 3

3.1 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]).

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 eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Juni 2014 (IV-Nr. 15) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Juni 2015 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 3. Januar 2015, IV-Nr. 15), was hier im Juli 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. Juli 2015 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage 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 (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 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. 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 aufgrund 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).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Rente und / oder berufliche Massnahmen zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

5.1 In einem rheumatologischen Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung, ausgefertigt von Dr. med. M. ____, Facharzt für Rheumatologie, vom 19. November 2014 (IV-Nr. 24), werden folgende Diagnosen erhoben:

Die Beschwerdeführerin habe ausgeführt, sie sei bis vor zwei oder drei Jahren völlig gesund gewesen. Plötzlich habe sie einmal beim Laufen akute Schmerzen im Kreuzbereich verspürt. 2011 sei sie beim Putzen eines Handlaufs plötzlich an der unteren Körperhälfte wie gelähmt gewesen und ins Spital eingeliefert worden. Ein MRT von LWS und ISG vom 29. November 2013 zeige einen Einriss am Anulus fibrosus und eine breitbasige Bandscheibenprotrusion in drei kaudalen LWS-Segmenten, zusätzlich eine mögliche Reizung der linken recessalen L5-Wurzel auf Höhe L4/L5 bei funktioneller Belastung. Die Beschwerdeführerin habe bis Juni 2014 gearbeitet, allerdings habe sie dabei akute Rückenschmerzen verspürt. Ein Verlaufs-MRI vom 29. Oktober 2014 zeige einen medianen subligamentären Bandscheibenprolaps auf Höhe L4/L5 mit Einengung des ventralen subarachnoidalen Raumes sowie Tangierung des Duralsackes und des Recessus lateralis links, weiter eine Bandscheibenprotrusion L3/L4 mit Einengung des ventralen subarachnoidalen Raumes. Es zeige sich damit keine signifikante Befundänderung. Verlauf

und Schmerzsymptomatik seien trotz diverser Behandlungsmassnahmen und Infiltrationstherapie wechselhaft geblieben. Aktuell verspüre die Beschwerdeführerin Schmerzen im Rückenbereich auf Höhe L4/L5. Diese strahlten in den linken Oberschenkel, gelegentlich auch nach rechts. Zugleich habe sie Schmerzen in den Fersen. Auch die Kopfschmerzen würden immer wieder vorkommen.

Aus rheumatologischer Sicht habe kein Anhalt für eine Bewegungseinschränkung oder entzündliche rheumatische Erkrankung festgestellt werden können. Die peripheren Gelenke seien frei beweglich. Auch der Neurostatus sei unauffällig gewesen. Sensomotorische Defizite bestünden nicht. Die Sensibilität sei rundum intakt und die rohe Kraft gut erhalten. Auch die LWS zeige eine ziemlich ordentliche und gute Beweglichkeit an der HWS und LWS. Für die festgestellten Veränderungen gemäss den beiden MRT, in denen diverse Diskushernien und Protrusionen beschrieben seien, habe kein klinisches Korrelat festgestellt werden können. Einzig bleibe die fragliche Druckdolenz auf Höhe L5 links, die bei Hautberührung zu einer massiven Schmerzreaktion geführt habe. Dieser Befund bleibe unerklärbar. Die mässige Druckdolenz am Trochanter major deute auf eine Bursitis trochanterica, die die Schmerzsymptomatik jedoch nicht erkläre. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei möglich, allerdings von der psychosozialen Situation und Überlastung abhängig. Es müsse Ordnung in das Leben der jungen Frau gebracht werden. Sie sei mit ihren vielen Aufgaben ziemlich überfordert.

Allein in der beruflichen Tätigkeit als Raumpflegerin unter Berücksichtigung des bisherigen Arbeitspensums von 51 % sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig. In Wirklichkeit sei sie an zwei weiteren Arbeitsstellen auf Abruf unregelmässig engagiert, dies nebst den familiären Verpflichtungen. Diese Zusatzfaktoren könnten ihre Leistungsfähigkeit einschränken. Die Beschwerdeführerin habe in ihrer Heimat eine Lehre als kaufmännische Angestellte absolviert. Diese Tätigkeit sei ihr auch zuzutrauen. Ferner sei ein höheres Pensum an einem anderen Arbeitsplatz vorstellbar, wobei auf die Zusatz-Jobs verzichtet würde.

5.2 In Zusammenhang mit einem Erstgespräch am Behandlungszentrum für Psychosomatik vom 4. Juli 2014 hielten die N.____ (IV-Nr. 26.5 S. 7 f.) fest, es sei keine psychiatrische Diagnose zu stellen. Die Beschwerdeführerin und auch ihr Ehemann seien überzeugt, dass etwas Körperliches nicht stimme mit dem Rücken. Sie habe grosse Mühe damit, psychische Faktoren für ihr Leiden zu erkennen. Depressive Symptome würden verneint, jedoch ergebe sich aus dem Gesamtbild der Eindruck einer auch psychischen Erschöpfung. Die Beschwerdeführerin verneine emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme, was gegen das Vorliegen einer somatoformen Störung spreche.

5.3 Im Austrittsbericht der Klinik O.____ vom 26. Oktober 2015 (IV-Nr. 32) über einen stationären Aufenthalt vom 4. August bis 12. September 2015 werden diese Diagnosen aufgeführt:

Die Beschwerdeführerin sei bei rezidivierender depressiver Störung und chronischem Schmerzsyndrom zugewiesen worden. Sie habe wiederkehrend ihre Schmerzen im Rücken und Nacken beklagt. Im späteren Verlauf habe sie rechtsseitige Leistenschmerzen geäussert, die klinisch am ehesten dem M. Iliopsoas zuzuordnen gewesen seien. Weiter hätten rechtsseitige nächtliche Schmerzen im Oberschenkel persistiert, die am ehesten einer Radikulopathie L5/S1 entsprächen bei bekannter Bandscheibenhernie. Während des stationären Aufenthalts hätten sieben psychotherapeutische Einzeltermine stattgefunden.

Die Beschwerdeführerin habe von Beginn an sehr motiviert mitgearbeitet. In den Einzelgesprächen sei es ihr gelungen, sich vom Klagen ganz behutsam auf aktives Handeln und Selbstfürsorge orientieren zu lassen. Man habe die Beschwerdeführerin deutlich stabilisiert und erholt entlassen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % während des Aufenthalts und bis zwei Wochen danach.

5.4 Im Arztbericht der Neurochirurgin Dr. med. Dipl. Psych. P.____ vom 23. Dezember 2015 (IV-Nr. 33) werden ein chronisches Schmerzsyndrom mit Lumbago, Lumboischialgien, ausgeprägte Unterbauchschmerzen unklarer Genese und eine Endometriose sowie Ovarialzysten diagnostiziert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 6. Juli 2015 bis auf weiteres. Ein sensomotorisches Defizit bestehe nicht, hingegen ein starker Klopf- und Druckschmerz im Unterbauch rechts.

5.5 Dr. med. Q.____, Assistenzärztin in der Frauenklinik des Spitals R.____ (IV-Nr. 42) äusserte in ihrem Bericht vom 7. Januar 2016 den Verdacht auf eine Bauchdeckenendometriose. Es würden entsprechende Abklärungen getätigt und anschliessend allenfalls eine Exzision der Endometriose besprochen.

5.6 Am 19. April 2016 wurde im Institut Röntgeninstitut S.____ ein MRT der HWS sowie ein MRT der LWS und ISG durchgeführt (IV-Nr. 46). Folgende Befunde wurden dabei erhoben:

HWS: Abgeflachte HWS-Lordose im Liegen. Dorsales Alignment regelrecht. Kleines rundliches Hämangiom mit entsprechendem hyperintensem Signalverhalten in den T1- und T2-Wichtungen im C5 Wirbelkörper dorsal.

C3/C4: Leichte Degeneration des Processus uncinatus links ohne Einengung der Neuroforamen, keine Diskushernie.

C4/C5: Flache links paramediane Diskusprotrusion ohne Wurzelbedrängung.

C6/C7: Flache rechts paramediane Diskusprotrusion ohne Wurzelbedrängung.

C7/TH1: Kleine intraforaminale perineurale Zyste C8 rechts.

TH1/TH2: Kleine perineurale foraminale Zyste TH1 rechts.

LWS:

L3/L4: Chondrose mit leichter Grössenzunahme der breitbasig medianen / links mediolateralen Diskusprotrusion mit Tangierung der L4-Wurzel links am Abgang ohne Wurzelbedrängung.

L4/L5: Chondrose mit stationärer, breitbasig medianer, leicht nach kaudal luxierter Diskusprotrusion mit Riss des Anulus fibrosus ohne Wurzelbedrängung.

L5/S1: konstante breitbasig mediane, leicht nach kaudal luxierte Diskusprotrusion mit Riss des Anulus fibrosus ohne Wurzelbedrängung.

5.7 Vom 21. April bis 11. Mai 2016 befand sich die Beschwerdeführerin in einem stationären Aufenthalt in der Klinik T.____. Gemäss Austrittsbericht vom 11. Mai 2016 (IV-Nr. 55 S. 23 ff.) waren bei ihr ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenproblemen und Endometriose, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Verdacht auf radikulären Reiz L4 links, ein Verdacht auf ein cervikospodylogenes Schmerzsyndrom, ein akuter Harnwegsinfekt und eine Endometriose

zu diagnostizieren. Die Zuweisung zur Rehabilitation sei bei Restbeschwerden im Rahmen der am 11. März 2016 durchgeführten laparoskopischen Hysterektomie erfolgt. Bei der aktuellen Rehabilitation hätten vorbekannte chronische Rückenschmerzen im Vordergrund gestanden. Seitens des Abdomens sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei gewesen. Sie sei in ein multimodales Rehabilitationsprogramm bestehend aus analgetikagestützter Physiotherapie und physikalischen Behandlungssequenzen eingebunden gewesen.

5.8 Der Hausarzt Dr. med. U.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, stellt am 16. November 2016 (IV-Nr. 55 S. 5 f.) folgende Diagnosen:

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit 22. Oktober 2014. Bezüglich der Beschwerden zeige sich seit Krankheitsbeginn eine schleichende Progredienz. Es fänden zurzeit weitere diagnostische Abklärungen statt.

5.9 Die Beschwerdegegnerin hat bei der Begutachtungsstelle C.____ ein polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie, Psychiatrie und Orthopädie eingeholt, welches am 24. Mai 2017 erstattet wurde (IV-Nr. 62.2).

5.9.1 Im Rahmen der allgemeininternistischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin berichtet, sie habe Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlung in das linke Bein, weiter Nackenschmerzen auf der linken Seite. Im Bauch habe sie Schmerzen von der Endometriose. Die Rückenschmerzen hätten vor fünf Jahren begonnen mit plötzlichen Schmerzen bei der Arbeit. Sie sei in den Notfall gegangen und dort habe man einen Hexenschuss diagnostiziert. Sie habe dann Spritzen bekommen und sei beim Chiropraktiker gewesen. Danach habe sie gearbeitet, aber immer mit Schmerzen. Sie sei dann noch im Bauch operiert worden und könne seither nicht mehr arbeiten. Sie habe dauernd Schmerzen, die beim Gehen, Sitzen und Stehen immer zunehmen würden. Dann müsse sie Morphin Tropfen nehmen und sich hinlegen.

Die Untersuchung zeigte unauffällige Befunde, auch hinsichtlich der Laborwerte.

5.9.2 Bei der psychiatrischen Begutachtung schilderte die Beschwerdeführerin, es gehe ihr schlecht, sie leide unter starken Schmerzen. In psychiatrischer Hinsicht habe sie keine direkten Beschwerden anzugeben. Sie habe eine psychiatrische Behandlung während eines Jahres im Jahr 2015 durchgemacht. Diese sei dann wegen eines Schwangerschaftsurlaubs der Therapeutin abgebrochen worden. Ausserdem sei sie im Herbst 2015 in der Klinik O.____ gewesen. Zurzeit sei sie in psychologischer Betreuung bei Frau Dr. P.____, die sie alle drei bis vier Wochen aufsuche. Sie erinnere sich an eine schöne Kindheit in harmonischen Familienverhältnissen. Die Schule habe sie ohne nennenswerte Probleme besucht. 2005 sei sie in die Schweiz gekommen und habe gearbeitet. Ab 2008 habe sie die Stelle bei der Firma B.____ als Raumpflegerin gehabt bis 2015. Parallel habe sie noch an zwei anderen Orten Reinigungsarbeiten gemacht. Ab Frühjahr 2015 sei sie wegen der Rückenbeschwerden und der Absenzen nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie ungefähr um 06.00 Uhr aufstehe, sich dusche und die Kinder für die Schule vorbereite. Manchmal begleite sie ihre Tochter. Später mache sie sich im Haushalt zu schaffen, eventuell besorge sie einen kleinen Einkauf. Dann koche sie das Mittagessen für die Familie, woraufhin sie sich hinlegen müsse. Sie nehme Morphin Tropfen ein. Tagsüber lese sie gerne Bücher in ihrer Muttersprache oder Zeitungen. Am Abend versuche sie noch einmal, etwas zu lesen. Die Wochenenden nütze sie, um mit den Kindern in den Park zu gehen. Sie erhalte auch einzelne wenige Besuche. Soziale Kontakte pflege sie zu

Verwandten, Freunden und Nachbarn. Ein Hobby könne sie derzeit nicht mehr ausführen, sie brauche auch für den Haushalt Unterstützung. Sie treibe keinen Sport, fahre nicht Velo, hingegen sei das Lenken eines PW für kurze Strecken möglich. Sie sei nicht Mitglied in einem Verein. In den letzten drei Jahren habe sie keine Reise ins Ausland unternommen.

Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Der Gedankengang sei formal geordnet, inhaltlich unauffällig. Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt. Konzentration und Auffassung seien in ausreichendem Mass aufrechterhalten. Die höheren Ich-Funktionen seien intakt. Psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin unauffällig. Im Affekt zeige sie Weinerlichkeit und Affektlabilität, sei teilweise verzweifelt, ratlos und sehe keinen Ausweg. Schwere depressive Symptome wie vitale Traurigkeit, Antriebsstörung oder Suizidgedanken würden jedoch verneint. Sie sei in der Lage, einen lebhaften affektiven Rapport aufzunehmen. Ihre Affekte könne sie modulieren.

5.9.3 Im orthopädischen Teil wird festgehalten, die Beschwerdeführerin habe Probleme links am Nacken angegeben. Es bestünden Ausstrahlungen in den linken Arm. Es handle sich eher um eine Kraftlosigkeit. Am Anfang der Problematik hätten vor fünf Jahren Rückenschmerzen im tieflumbalen Bereich bestanden. Diese strahlten ins linke Bein, beträfen aber nur dessen Rückseite. Durch die damals eingeleiteten Therapien habe man die Situation soweit verbessern können, dass sie habe weiterarbeiten können. Vor drei Jahren seien die Nackenschmerzen dazugekommen und sie habe auch fast jede Nacht Kopfschmerzen verspürt. Sie habe auch Schmerzen an der Hüfte. Insgesamt sei der Nachtschlaf schmerzbedingt unruhig. Infiltrationen hätten jeweils eine Linderung für zwei bis drei Stunden gebracht.

Folgender orthopädischer Status wird erhoben: Im Bereich der Wirbelsäule zeigten sich spontan eine leicht vermehrte Kyphose thorakal, hängende Schultern und ein protrahierter Kopf, nach Aufforderung wiederholt vollständig aufrichtbar. Rotation und Seitneigung des Rumpfes seien ohne erkennbare Schmerzäußerungen. Bei der Palpation des Rückens in Bauchlage bestehe eine diffuse Druckdolenz lumbal bereits bei leichter Manipulation an den oberflächlichen Gewebeschichten ohne Provokation der tiefer liegenden Strukturen. Die Mennell-Zeichen zeigten eine Schmerzangabe im lumbosakralen Übergangsbereich, das Drehen in die Rückenlage sei unauffällig und ohne erkennbare Schonhaltung des Rumpfes. Die aktiven Bewegungen des Kopfes seien in alle Richtungen frei, im Liegen sei die Nackenmuskulatur insgesamt weich, mit einer fokalen Druckdolenz auf Höhe des Intervertebralgelenks HWK2/3 links. Im Bereich der Hüfte werde in Endposition der Flexion auf dadurch entstehende lumbale Rückenschmerzen verwiesen. Die passiven Bewegungen seien leicht erschwert bei nicht ganz vollständiger muskulärer Entspannung, es bestünden kein erkennbarer lokaler Bewegungsschmerz oder lokale Druckdolenz. Knie und Füße seien unauffällig. Im Bereich der Schultern werde auf Schwierigkeiten bei der Bewegung im Sinne eines Kraftverlustes verwiesen. Es bestünden kein erkennbarer Bewegungsschmerz oder Druckdolenz. Ellbogen und Hände seien unauffällig.

5.9.4 Im Bereich Neurologie werden diese Befunde erhoben: Die Hirnnerven seien unauffällig, Tonus und Trophik an den Armen normal. Es bestehe keine Koordinationsstörung und die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch schwach bis mittellebhaft. Paresen oder eine Sensibilitätsstörung zeigten sich nicht, insbesondere auch nicht am linken Arm. Die radikulären HWS-Provokationsmanöver seien negativ, die Tinel-Zeichen und der Phalen-Test ebenfalls. Auch an den Beinen seien Tonus und Trophik

normal. Bei Prüfung der Lasègue links würden Schmerzen im Kreuz angegeben, die Hüftflexion aber möglich bis etwa 70 Grad. Die Muskeleigenreflexe seien schwach bis mittellebhaft, ASR sogar symmetrisch mittellebhaft, TPR beidseits nicht sicher auslösbar. Bei der Kraftprüfung falle zum Teil schmerzbedingt ein leichtes Nachlassen auf, zumindest kurz würden aber alle Bewegungen auch gegen kräftigen Widerstand gehalten. Es werde eine isolierte leichte Hypästhesie im Wadenbereich links angegeben. Der Gang erfolge mit leichtem Schonhinken links. Das Einbeinhüpfen werde unter Verweis auf Rückenschmerzen nicht durchgeführt. Im Stehen zeige sich eine leichte S-förmige Torsionskoliose der Wirbelsäule, bei Schultergradstand. Die HWS-Beweglichkeit sei nicht eingeschränkt. Die Seitwärtsneigung sei nur reduziert möglich. Die parazervikale Muskulatur sei links etwas vermehrt gespannt und druckdolent. Lumbal sei die Palpation schwierig, schon bei feiner Berührung der kaudalen Lumbalgegend würden massive Schmerzen angegeben und die Beschwerdeführerin weiche aus. Soweit beurteilbar zeige sich aber kein sehr relevanter Hartspann.

5.9.5 Im gynäkologischen Befund wird festgehalten, die Beschwerdeführerin gebe beim Einführen des Spekulum starke Schmerzen an, ebenso bei der Palpation von aussen am rechten Unterbauch. Der linke Unterbauch sei nicht dolent, es seien keine Resistenzen palpabel. Die Narbe im rechten Unterbauch sowie die Pfannenstielnarbe und die periumbilikale Narbe der Laparoskopie seien unauffällig. Bei der äusseren Palpation im rechten Unterbauch gebe die Beschwerdeführerin ebenfalls starke Schmerzen an, links keine. Die Nierenlogen seien indolent. Das Abdomen sei weich. Bei der Transvaginalsonographie zeige sich ein unauffälliges kleines Becken ohne Raumforderung und ohne freie Flüssigkeit, das Ovar rechts stelle sich dar mit einem sprungreifen Follikel und einem kleinen weiteren Antralfollikel. Das linke Ovar sei nicht sicher darstellbar bei unauffälliger Adnexloge. Es bestünden sonographisch keine Anhaltspunkte für eine Endometriose. Bei der Transvaginalsonographie gebe die Beschwerdeführerin Schmerzen am Übergang vom Unter- zum Mittelbauch rechts an. Eine fassbare gynäkologische Ursache für die Beschwerden wird nicht gesehen.

5.9.6 Zusammenfassend werden im polydisziplinären Gutachten folgende Diagnosen erhoben:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

5.10 Im Bericht der Klinik I.____ vom 3. November 2017 (IV-Nr. 79 S. 2 f.) wird ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit ISG-Beteiligung mit Ilium anterior rechts diagnostiziert. Man sehe bei der Beschwerdeführerin eine chronifizierte, lumbospondylogene, intermittierend auch radikuläre, der Nervenwurzel S1 entsprechende Schmerzstörung bei multiplen ungünstigen Faktoren und aktuell im Vordergrund stehenden myofascialen Befunden der hüftumgebenden Muskulatur bei insuffizienter Rumpfstabilisation und vorbestehender Hyperlaxizität. Sich ungünstig auswirkend seien die abdominal transversale Muskulatur, beeinträchtigt durch die wiederholten Operationen der Endometriose-Teilresektion sowie der Sectio caesarea. Auch die Degeneration der tiefen Rumpfstabilisatoren sowie das nur kurzzeitige Ansprechen auf die wiederholten Facettengelenksinfiltrationen legten ein Fortschreiten der segmentalen Überlastung und im Tagesverlauf zunehmende Beschwerdesymptomatik nahe. Aktuell sehe man die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig.

5.11 Im provisorischen Austrittsbericht der Klinik I.____ vom 26. Februar 2018 (IV-Nr. 85 S. 2 ff.) wird über eine Hospitalisation vom 7. bis 27. Februar 2018 berichtet. Die Beschwerdeführerin sei zur muskuloskelettalen Rehabilitation zugewiesen worden. Sie habe während des Aufenthalts über starke Schmerzen berichtet, vor allem im Rücken sowie über Kopf- und Bauchschmerzen. Zusätzlich sei eine ausgeprägte Müdigkeit vorhanden gewesen. Zum Austrittszeitpunkt hätten sich unauffällige Laborwerte gezeigt. Die Beschwerdeführerin wolle im Anschluss an den stationären Aufenthalt ihre Psychotherapeutin wieder für regelmässige Termine kontaktieren.

5.12 Gemäss Bericht des Spitals V.____ vom 13. April 2018 (IV-Nr. 92 S. 4 ff.) sei die Beschwerdeführerin zur Schmerztherapie zugewiesen worden wegen persistierenden Unterbauchschmerzen sowie Dyspareunie, Dyschezie und Dysurie. Im Gespräch kristallisiere sich jedoch heraus, dass die Haupt-Schmerzlokalisierung seit Jahren im unteren Rückenbereich liege. Aufgrund der Komplexität werde auf eine ausführliche Untersuchung verzichtet. Es bestehe jedoch eine deutliche Druck- und Klopfdolenz im Bereich der unteren LWS. Sämtliche Bewegungen der LWS seien schmerzbedingt eingeschränkt. Sensibilitätsausfälle oder motorische Ausfälle gebe es nicht. Es bestehe eine langjährige Schmerzproblematik mit Involvierung von diversen medizinischen Fachrichtungen. Eine weitere Betreuung durch das Spital V.____ wäre eher kontraproduktiv.

5.13 Dr. med. W.____, Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie, Allgemeine Chirurgie und Traumatologie, diagnostiziert in seinem Bericht vom 3. Juli 2018 (IV-Nr. 92 S. 2 f.) Folgendes:

Aufgrund der klinischen Untersuchung und der genauen Anamneseerhebung sei die Ursache der abdominalen Schmerzen im rechten Unterbauch / Hemiabdomen unklar. Bei einem Sonographie-Studium finde sich keinerlei inguinale femorale oder Narbenhernien nach Sectio. Es bestünden keine eindeutigen Zeichen einer bildlich darstellbaren Endometriose im Sonogramm. Im distalen Rektus abdominis rechts finde sich ein Zeichen einer Myogelose, ev. auch eines Neurinoms (kein Tinelphänomen, keine sensiblen Ausfälle). Das MRI des Abdomens zeige normal grosse Ovarien mit wahrscheinlich funktionellen Ovarialzysten bds. Die erneute Palpation des Abdomens am 29. Juni 2018 bestätige die umschriebene Druckdolenz im Bereich der Appendektomiearbe und des Unterbauches rechts. Zehn Minuten nach einer Infiltration sei die Beschwerdeführerin praktisch beschwerdefrei gewesen. Am 3. Juli 2018 habe die Beschwerdeführerin telefonisch mitgeteilt, dass die Hautoberfläche gefühlslos und der Schmerz in der Tiefe unverändert stark sei.

5.14 Im Arztbericht der Praxis X.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Oktober 2018 (IV-Nr. 97) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin werde seit dem 13. April 2018 ambulant behandelt, dies im Abstand von zwei Wochen. Sie sei in ihrer Tätigkeit als Raumpflegerin derzeit nicht arbeitsfähig. Auch in der Haushaltsführung sei sie sehr eingeschränkt. Sie habe sich sozial sehr zurückgezogen, schlafe schlecht, sei häufig müde und habe keinen Appetit. Es zeige sich eine mittelschwere depressive Symptomatik (BDI II 31, was klinisch dem Wert einer schweren Depression entspreche). Sie sei oft traurig und weine viel. Dinge, die sie früher gerne gemacht habe, könne sie heute nicht mehr ausführen. Sie habe das Interesse an Menschen und Dingen verloren, fühle sich wertlos. Das Interesse an Sexualität habe sie gänzlich verloren. In der objektiven Befunderhebung zeige sich ein auf die Schmerzsymptomatik eingegengtes Denken. Die Beschwerdeführerin wirke antriebslos und müde, Mimik und Gestik seien schmerzgeprägt.

Im Kontakt sei sie zugewandt, offen und konstruktiv. Freude empfinde sie, wenn sie über ihre Kinder spreche. Hinweise auf Suizidalität gebe es nicht.

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Eine leidensangepasste Tätigkeit wäre gegebenenfalls während ein bis zwei Stunden täglich möglich, allerdings nur an Tagen mit weniger Schmerzen.

5.15 In einem weiteren Bericht der Klinik I. ___ vom 13. Dezember 2018 (IV-Nr. 105 S. 2 f.) wird ausgeführt, in einem neu angefertigten MRI der LWS und ISG sowie Becken vom 20. November 2018 zeigten sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom 19. Oktober 2017 unverändert beginnende osteochondrotische Veränderungen auf L3 mit leichter HIZ-Läsion im Sinne einer zentralen Anulus-Ruptur L4/5 jedoch ohne abgrenzbare Läsion im Verlauf des N. ischiadicus sei es auf LWS- oder Beckenebene.

5.16 Prof. Dr. med. Y. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, äusserte sich am 30. März 2019 (IV-Nr. 106 S. 2 f.) zur Frage einer allfälligen Neuraltherapie. Diagnostiziert werden von ihm therapieresistente, rechtsseitige Unterbauchschmerzen und eine Lumboischialgie links. Obwohl die beiden Diagnosen auf den ersten Blick «getrennt» seien, könnten sie sich gegenseitig über die Segmentreflektorik in beide Richtungen afferent und efferent beeinflussen. Das Injizieren am lumbalen Grenzstrang habe aber keine Besserung gebracht. Der Umstand, dass bereits bei Berührung der Haut Schmerzen entstehen könnten, deute darauf hin, dass bereits neuroplastische Veränderungen stattgefunden hätten. Zudem könnten Narben als sogenannte neuromodulatorische Trigger für ein solches Aufschaukeln sorgen. Dennoch habe die neuraltherapeutische Infiltration der Narben keinen Erfolg gebracht. Das Gleiche gelte für die Infiltration des Iliosakralgelenks.

E. 6

6.1 Die Beschwerdeführerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C. ___ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu kann einleitend festgehalten werden, dass das Gutachten in Kenntnis der gesamten Aktenlage, nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten erstellt wurde. Insofern erfüllt das Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige gerichtliche Expertise. Hinsichtlich des psychiatrischen Gutachtens lässt die Beschwerdeführerin in allgemeiner Hinsicht zwar rügen, die Untersuchungsdauer sei viel zu kurz gewesen und es werde nicht festgehalten, ob eine Dolmetscherin anwesend gewesen sei. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass sich rechtsprechungsgemäss kein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung definieren lässt (Urteil des Bundesgerichts 8C_464/2011 vom 9. März 2012 E. 5.2). Für den Aussagegehalt einer Expertise kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an. Massgebend ist in erster Linie, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2 und 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1). Zur Übersetzung wird weiter vorgebracht, es sei bei der psychiatrischen Untersuchung entweder kein Dolmetscher anwesend gewesen oder aber, falls einer teilgenommen haben sollte, hätte die Untersuchungsdauer viel höher sein müssen als 55 Minuten. Eine derartige Rüge ist nicht nachvollziehbar, muss doch die Beschwerdeführerin selber wissen, ob anlässlich ihrer Untersuchung ein Dolmetscher anwesend war oder nicht. Im Übrigen wird im psychiatrischen Gutachten festgehalten, die Beschwerdeführerin

verfüge über gute Deutschkenntnisse, weshalb davon auszugehen ist, dass die Untersuchung ohne sprachliche Probleme durchgeführt werden konnte. Im internistischen Teil (Gutachten S. 10) ist zu lesen, trotz Anwesenheit einer Dolmetscherin habe diese praktisch nichts übersetzen müssen. Auch im orthopädischen Teil heisst es, Anamneseerhebung und Untersuchung hätten im Beisein einer Dolmetscherin stattgefunden, wobei die Beschwerdeführerin angegeben habe, sich gut auf Deutsch verständigen zu können und in der Folge seien die Dienste der Dolmetscherin auch nur selten in Anspruch genommen worden (Gutachten S. 16). Gleiches hat der neurologische Gutachter festgehalten (Gutachten S. 24). Insofern ist nicht ersichtlich, inwiefern sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung, die von der Anamneseerhebung her auch erheblich weniger fachlich verläuft als in anderen Disziplinen, relevante sprachliche Probleme hätten ergeben können, die einen Einfluss auf die Beweiskraft der gutachterlichen Ausführungen haben könnten.

6.2 Inhaltlich wird im psychiatrischen Teil der nachvollziehbare Schluss gezogen, dass bei der Beschwerdeführerin hauptsächlich eine psychiatriefremde Problematik vorliegt. Die Vorgeschichte wird als unauffällig beschrieben, auch Kindheit und Jugend. Dagegen wird beschwerdeweise vorgebracht, die Familie der Beschwerdeführerin habe im Bosnienkrieg in die Stadt flüchten müssen, wobei sie während einer gewissen Zeit bei den Grosseltern in ständiger Angst um ihre Eltern habe leben müssen. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung wurde dies von der Beschwerdeführerin offensichtlich nicht erwähnt. Vielmehr hatte sie angegeben, sich an eine schöne Kindheit in harmonischen Familienverhältnissen zu erinnern. Insofern erscheint dieses Erlebnis nicht prägend genug gewesen zu sein, als dass es ihrer Ansicht nach erwähnenswert gewesen wäre. Der psychiatrische Gutachter führt weiter schlüssig aus, es ergäben sich im Rahmen des bei der Beschwerdeführerin bestehenden multilokulären Schmerzsyndroms auch psychische Beschwerden, die durch eine leichte Affektlabilität, bedrückte Stimmung und Lustlosigkeit bei Libidoverlust gekennzeichnet seien. Insofern präsentiere sich das Beschwerdebild als algogene Verstimmung, differentialdiagnostisch könne eine leichte depressive Episode angenommen werden. Das psychiatrische Symptomenbild wird nach gutachterlicher Einschätzung eindeutig reaktiv auf die somatischen Beschwerden ausgelöst. Eine eigenständige psychiatrische Störung sei deshalb auszuschliessen. Mit anderen Worten würde sich die Affektlabilität regulieren, wenn die chronischen Schmerzen wegfallen würden. Zum Austrittsbericht der Klinik O.____, wo eine mittelgradige depressive Episode und eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurden, wird ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin im Antrieb kaum behindert sei und keine Suizidgedanken aufweise, sich gut konzentrieren und kommunizieren könne sowie schwingungsfähig sei, weshalb eine depressive Episode solchen Ausmasses nicht diagnostiziert werden könne. Eine somatoforme Schmerzstörung wird wegen fehlender relevanter Stressfaktoren in der Kindheit und nicht vorhandenen emotionalen Konflikten bei Ausbruch der Störung verneint. So wurde es auch zum Zeitpunkt des Beginns der somatischen Problematik im Juli 2014 im Rahmen des Erstgesprächs im Behandlungszentrum für Psychosomatik der N.____ vom 4. Juli 2014 (IV-Nr. 26.5 S. 7 f.) festgehalten, wo gar keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme wurden von der Beschwerdeführerin verneint, was gegen das Vorliegen einer somatoformen Störung spreche. Somit erweist sich die gutachterliche Herleitung, dass keine somatoforme Schmerzstörung vorliegt, als plausibel.

Die gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderte Indikatorenprüfung lässt sich anhand des Gutachtens ebenfalls vornehmen. Zur Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde wird festgehalten, es bestünden leicht ausgeprägte Symptome von Depressivität, Lustlosigkeit und Affektlabilität bei Libidoverlust. Eine Abgrenzung zu invaliditätsfremden Faktoren wird nicht vorgenommen, eine Aggravation sei nicht erkennbar. Hinsichtlich der Persönlichkeit wird auf die unauffällig verlaufende persönliche biographische Entwicklung verwiesen. Es zeigen sich in der Biographie denn auch keine Hinweise für auffällige Aspekte in der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin, die bis Mitte 2014 stets gearbeitet und daneben den Haushalt geführt hat. Beeinträchtigungen im psychiatrischen Bereich zeigen sich gutachterlich gesehen in Form einer leichten affektiven Instabilität, die bestehende Schlafstörung sei indessen eher schmerzbedingt. Persönliche Ressourcen werden in der Willensbekundung für eine weitere berufliche Tätigkeit gesehen. In sozialer Hinsicht wird auf den von der Beschwerdeführerin geschilderten Tagesablauf verwiesen. In diesem Zusammenhang präsentieren sich keine massgeblichen Einschränkungen, die beim Vorliegen einer höhergradigen als der gutachterlich diagnostizierten Störung zu erwarten wären. Die Beschwerdeführerin gab zwar an, sie sei im Haushalt auf Hilfe angewiesen. Gleichzeitig führte sie aber aus, sie bereite die Kinder tagtäglich für die Schule vor, wobei sie ihre Tochter manchmal begleite. Später mache sie sich im Haushalt zu schaffen, besorge einen kleinen Einkauf und koche das Mittagessen für die Familie, dies offenbar ohne fremde Hilfe. Auch äusserte sie sich über das Vorhandensein von sozialen Kontakten zu Verwandten, Freunden und Nachbarn. Somit kann nicht von einem völligen sozialen Rückzug gesprochen werden. Die bestehende Therapie erachtet der Gutachter als *lege artis*. Im Bereich Konsistenz wird schliesslich einerseits festgehalten, dass die beklagten Schmerzen authentisch vorgetragen würden und die reaktive affektive Störung adäquat sei.

6.3 In der orthopädischen Beurteilung wird einleuchtend dargelegt, dass sich eine plausible Erklärung für die angegebenen Schmerzen, namentlich für die Ausstrahlungen, nicht finden lasse. Zusammenfassend ergäben sich anlässlich der Untersuchung pathologische Befunde an der unteren Wirbelsäule, die eine leicht verminderte Belastungsfähigkeit dieser Region erklären könnten. Dies zeige sich auch in den nachträglich eingegangenen Bilddokumenten, wo an der HWS leichtgradige und an der LWS moderate degenerative Veränderungen erkennbar seien, nicht aber eine Kompromittierung neuraler Strukturen. Soweit die Beschwerdeführerin mit ihrer Rüge betreffend MRI-Bilder auch das orthopädische Gutachten anspricht, wurden ■ wie eben dargelegt ■ die vorliegenden Bilder gewürdigt. Zu dieser Würdigung passen letztlich auch die Ergebnisse aus der klinischen Untersuchung: Das Gangbild auf der Treppe sei unauffällig, die Beweglichkeit des Rumpfes primär vor allem bei der Vorneigung eingeschränkt. Auch in Rückenlage gelinge die Hüftflexion des gestreckten linken Beins nur eingeschränkt. Der Langsitz sei ohne erkennbare Schwierigkeiten durchführbar. Rotation und Seitneigung gelängen ohne erkennbare Einschränkungen und die Krümmung der Wirbelsäule wirke in diesen Situationen auch harmonisch. Ebenso vermöge die Beschwerdeführerin eine gute Extension um lumbalen Bereich durchzuführen. Die Palpation gestalte sich zervikothorakal unauffällig bis auf eine leichte Verhärtung sehr kranial an der HWS links, die aber nicht konstant ertastet werden könne. Die Bewegungsprüfung der Extremitäten gelinge unauffällig und die Beschwerdeführerin vermöge sämtliche Gelenke auch aktiv ohne erkennbare Einschränkungen zu mobilisieren. Lediglich an der linken Schulter verweise sie zwischenzeitlich auf eine ausstrahlende Problematik, die aber eher als Kraftlosigkeit beschrieben werde. Im distalen Bereich

manifestiere sich dies dann nicht.

6.4 In der neurologischen Einschätzung wird ausgeführt, in der klinischen Untersuchung habe sich eine leichte Skoliose der Wirbelsäule gefunden. Die aktive LWS-Beweglichkeit sei stark eingeschränkt. Bei der Palpation bestehe eine ausgeprägte Empfindlichkeit lumbal, schon feine Berührungen führten zu Ausweichbewegungen und Schmerzäusserungen. Die paralumbale Muskulatur sei wahrscheinlich nicht stark verspannt. Das Lasègue-Zeichen sei auch links negativ, bei der Prüfung gebe die Beschwerdeführerin verstärkte Schmerzen an, jedoch keine Verstärkung der Ausstrahlung. Im Seitenvergleich sei der Oberschenkel links leicht hypotroph bei symmetrischen Umfängen am Unterschenkel. Das Reflexbild inklusive ASR sei symmetrisch, motorische Ausfälle fehlten. Die Sensibilität gebe die Beschwerdeführerin im Wadenbereich links als vermindert an, explizit nicht am Fuss. Zusammengefasst wird gestützt auf diese klinischen Ergebnisse einleuchtend auf ein chronisches Lumbovertebral-Syndrom bei kernspintomographisch mehrfach nachgewiesenen degenerativen LWS-Veränderungen geschlossen. Die Ausstrahlung in das linke Bein dorsal sei gutachterlich gesehen zwar verdächtig auf eine radikuläre Reizsymptomatik der Wurzel S1. Diese Annahme könne aber klinisch bis auf die angegebene Sensibilitätsverminderung im Wadenbereich nicht weiter erhärtet werden. Passend dazu ist das Lasègue-Zeichen negativ und die Achillessehnenreflexe sind symmetrisch mittellebhaft auslösbar. Auch stehe dies in Übereinstimmung mit dem normalen H-Reflex und der unauffälligen Myographie der von S1 innervierten Muskulatur. Kernspintomographisch sei auch im April 2016 keine Irritation oder Kompression der Wurzel S1 nachgewiesen worden. Zusammengefasst sei diese Ausstrahlung damit nicht radikulärer Natur, sondern die Situation als lumbospondylogenes Syndrom zu beurteilen. Auch diese Einschätzung gründet auf entsprechenden Befunden und ist plausibel. Zwar hatte der neurologische Gutachter das eigentliche Bildmaterial gemäss eigenen Angaben nicht zur Verfügung (Gutachten S. 24 in fine und S. 25); er konnte sich für seine Einschätzung jedoch auf entsprechende fachärztliche Berichte, welche die Ergebnisse der bildgebenden Untersuchungen dokumentierten, stützen (vgl. Gutachten S. 21 ff. mit den neurologisch relevanten Akten), was vorliegend als ausreichend erscheint. Es liegt denn auch im Ermessen des Gutachters, ob eine Sichtung des Bildmaterials erforderlich ist oder ob eine eigene Einschätzung auch gestützt auf dazu erstellte fachärztliche Berichte möglich ist. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin vermag dieser Umstand vorliegend daher keinen Mangel am neurologischen Teilgutachten zu begründen.

Weshalb die Schmerzen so ausgeprägt seien, bleibe aus neurologischer Sicht letztlich unklar. Schliesslich gebe die Beschwerdeführerin auch linksseitige Nackenschmerzen an, ohne Ausstrahlung in den Arm, zum Teil aber begleitet von offenbar sensomotorischen Missempfindungen an der linken Hand. Der diesbezügliche klinische Status sei jedoch bis auf eine Verspannung der Nackenmuskulatur links ebenfalls unauffällig.

6.5 Im gynäkologischen Teilgutachten wird schliesslich stimmig festgehalten, dass bezüglich Arbeitsfähigkeit keine gynäkologischen Zeugnisse vorlägen. Aufgrund der aktuellen Untersuchung lasse sich keine erneute Endometriose nachweisen, sofern dies mit Ultraschall möglich sei. Die Beschwerdeführerin gebe ganz klar Schmerzen im lateralen Narbenbereich rechts an, wo das Fibrom der Bauchdecke reseziert worden sei. Naheliegend sei daher der Verdacht eines Nervenentzündungs oder Persistenz der Schmerzen bei chronifiziertem Schmerzsyndrom. Auch aktenanamnestisch bestehe gemäss Untersuchung an der Frauenklinik des Spitals R.____ aktuell kein Hinweis für ein erneutes

gynäkologisches Problem. Es bestehe daher keine fassbare Ursache für die Beschwerden.

6.6 Gestützt auf die oben stehenden nachvollziehbaren Teil-Einschätzungen kommen die Fachexperten und die Fachexpertin zu folgender Konsensbeurteilung: Die Beschwerdeführerin berichte vor allem über Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein. Bei der orthopädischen Untersuchung sei ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei MR-tomographisch moderaten degenerativen Veränderungen diagnostiziert worden. Die übrigen klinischen Befunde seien weitgehend unauffällig. Festgestellt werden könne eine leicht verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule. Aus orthopädischer Sicht wird gestützt darauf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen des Rumpfes und mit einer Gewichtslimite von 10 kg attestiert. Körperlich schwere Tätigkeiten werden als nicht mehr zumutbar erachtet. Bei der neurologischen Untersuchung wurde keine radikuläre Symptomatik festgestellt, weshalb die ausstrahlenden Schmerzen neurologisch nicht erklärbar sind. Somit erscheint die Aussage, dass die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht zusätzlich zu derjenigen vom Bewegungsapparat her eingeschränkt ist, nachvollziehbar. Bei der gynäkologischen Untersuchung sei sodann eine Endometriose Grad III mit Status nach Hysterektomie diagnostiziert worden. Die Beschwerden könnten jedoch mit den gynäkologischen Befunden nicht erklärt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei aus gynäkologischer Sicht nicht eingeschränkt. Aufgrund der im Rahmen der allgemeininternistischen Untersuchung erhobenen unauffälligen Befunde wird in dieser Hinsicht keine Diagnose gestellt, weshalb auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben ist. Psychiatrisch wird schliesslich eine leichte depressive Episode mit algogener Verstimmung diagnostiziert. Die Verstimmungszustände sind reaktiv auf die Rückenbeschwerden. Aufgrund dessen wird von einer Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 10 % ausgegangen, die für jegliche Tätigkeiten gilt. Zusammengefasst besteht damit für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit von 90 %. Die Arbeitsfähigkeit sei in einem ganztägigen Pensum mit etwas vermehrten Pausen verwertbar. Für Haushaltstätigkeiten wird indessen aus medizinischer Sicht keine Einschränkung gesehen. Dies wird einleuchtend damit begründet, dass die Haushaltsarbeiten in gewohnter Umgebung mit individuellen Pausen verrichtet werden können. Die Beschwerdeführerin lässt zwar auf die Ausführungen im gynäkologischen Teilgutachten verweisen. Die diesbezüglichen Ausführungen der gynäkologischen Fachärztin beziehen sich aber nur auf anamnestiche Angaben der Beschwerdeführerin selbst.

Der Beginn einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit lässt sich aus gutachterlicher Sicht nicht genau festlegen. Insbesondere für angepasste Tätigkeiten habe im Verlauf jedoch keine höhere Arbeitsunfähigkeit bestanden als gutachterlich festgestellt. Sicher bestehe die hier festgelegte Arbeitsfähigkeit ab dem Untersuchungsdatum im März 2017.

E. 7

7.1 Nach der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle C.____ sind weitere medizinische Berichte eingegangen (vgl. E. II. 5.10 bis 5.16). Die Begutachtungsstelle C.____ hat teilweise zu diesen Berichten Stellung genommen. Es ist zu prüfen, ob diese Berichte etwas an der Beweiswertigkeit des Gutachtens zu ändern vermögen.

7.2 Die Berichte der Klinik I.____ 3. November 2017 und 26. Februar 2018 (E. II. 5.10 und 5.11) enthalten keine Ausführungen über eine klinische Untersuchung bzw. die Ergebnisse einer solchen. Am 3. November 2017 wurde eine Infiltration durchgeführt, eine radikuläre Ursache für die Beschwerden wird nicht mit entsprechenden Befunden untermauert. Die Arbeitsunfähigkeit wird ohne weitere Begründung auf 100 % festgelegt. Im Austrittsbericht vom 26. Februar 2018 wird festgehalten, die Laborwerte seien bei Austritt unauffällig gewesen. Die Begutachtungsstelle C.____ führt in ihrer Stellungnahme vom 2. Juli 2018 (IV-Nr. 89) dazu nachvollziehbar aus, in den genannten Berichten würden Diagnosen aufgelistet, wie sie in vergleichbarer Weise bereits im Gutachten enthalten seien. Beim lumbospondylogenen Syndrom handle es sich um einen medizinischen Begriff, der Schmerzen im LWS-Bereich beschreibe. Schliesslich lässt sich auch dem jüngsten Bericht der Klinik I.____ vom 13. Dezember 2018 (E. II. 5.15) nichts Neues entnehmen: In einem neu angefertigten MRI der LWS und ISG sowie Becken vom 20. November 2018 zeigten sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom 19. Oktober 2017 unverändert beginnende osteochondrotische Veränderungen, wird dort festgehalten.

7.3 Im Bericht des Spitals V.____ vom 13. April 2018 (E. II. 5.12) wird festgehalten, man habe aufgrund der Komplexität auf eine ausführliche Untersuchung verzichtet. Insofern kann der Bericht keine Erkenntnisse liefern, die einen Einfluss auf die Beweiswertigkeit des Gutachtens haben können.

7.4 Dr. med. W.____ kann in seinem Bericht vom 3. Juli 2018 (E. II. 5.13) aufgrund der klinischen Untersuchung keine Ursachen für die Beschwerden finden. Eine Endometriose diagnostiziert er nach der Durchführung entsprechender bildgebender Untersuchungen nicht. Dies entspricht dem, was im gynäkologischen Teilgutachten erhoben wurde.

7.5 Zum Bericht der behandelnden Psychotherapeuten vom 18. Oktober 2018 (E. II. 5.14) hat die Begutachtungsstelle C.____ ebenfalls Stellung genommen (IV-Nr. 99). Dort wird richtigerweise ausgeführt, dass sich im Bericht keine zum Gutachten wesentlich differenten Befunde erkennen liessen. Da auch keine zwischenzeitlichen Ereignisse geschildert würden, die Anlass für eine Zunahme der Depression sein könnten, sei anzunehmen, dass sich die Beurteilung seit dem Gutachten nicht verändert habe. Im Arztbericht werden zunächst eigenanamnestische Angaben wiedergegeben, objektive Befunde werden hingegen kaum aufgeführt bzw. lassen diese nicht auf eine wesentliche Veränderung des Zustands seit der Begutachtung oder auf eine mittelgradige depressive Symptomatik schliessen. Der Begutachtungsstelle C.____ kann auch nicht vorgeworfen werden, sich in der Stellungnahme eine Beurteilung in der Zukunft anzumassen, wenn lediglich die von den behandelnden Therapeuten aufgeführten Befunde kommentiert werden.

7.6 Zu guter Letzt lassen sich auch dem Bericht von Prof. Dr. med. Y.____ (E. II. 5.16) keine wesentlichen neuen Erkenntnisse entnehmen. Es wird nur ausgeführt, dass eine neuraltherapeutische Infiltration der Narben und eine Infiltration des Iliosakralgelenks keinen Erfolg gebracht hätten.

7.7 Die Beschwerdeführerin hat schliesslich auch im Beschwerdeverfahren zwei Berichte eingereicht, die zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nicht vorlagen. Diese können vorliegend nur dann berücksichtigt werden, wenn sie Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung zulassen.

Im MRI-Bericht von Dr. med. Z.____, Leitender Arzt Radiologie, vom 19. Juni 2019 über ein MRI des linken Schultergelenks (Beilage 4 zur Beschwerde vom 2. Oktober 2019) wird eine Teilruptur der Supraspinatussehne im Ansatz- und suprahumeralen Bereich diagnostiziert, im Bericht von Dr. med. AA.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Spitals AB.____, vom 9. September 2019 (Beilage 3 zur Beschwerde vom 2. Oktober 2019) sodann eine Tendinopathie des SSP links. Aktuell stünden Beschwerden im Bereich des Sulcus bicipitalis im Vordergrund, diese strahlten bis auf den Oberarm und Ellenbogen ulnarseits aus. Über der linken Schulter bestehe eine deutliche Druckdolenz über dem Sulcus bicipitalis. Sensibilität und Durchblutung seien distal unauffällig, die Schulter sei frei beweglich.

Es handelt sich vorliegend um eine neue Diagnose, zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung war eine Schulterproblematik kein Thema, zumal die von der Beschwerdeführerin geschilderte Kraftlosigkeit ■ bei ansonsten unauffälligem Untersuchungsbefund der Schultern (Gutachten, S. 18) ■ nachvollziehbarerweise einem zervikovertebralen Schmerzsyndrom (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) zuzuordnen war (vgl. Gutachten S. 19 f.). Hinweise für eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die bereits zum damaligen Zeitpunkt eingetreten wäre, lassen sich daraus nicht ableiten.

7.8 Zusammenfassend zeigt sich, dass auch die nach dem Zeitpunkt der Begutachtung eingegangenen Berichte den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle C.____ nicht umzustossen vermögen. Es kann für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts darauf abgestellt werden. Demgemäss besteht in der angestammten (da nicht körperlich schwer) wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 10 %. Im Haushalt besteht keine Einschränkung. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen abgestellt werden und die Beschwerdegegnerin war deshalb auch nicht angehalten, eine Einschränkung im Haushalt abzuklären.

E. 8

8.1 Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens in einem Teilpensum (51.22 %; IV-Nr. 10.3 S. 11) bei der Firma B.____ angestellt. Daneben hatte sie zwei weitere Nebenjobs. Die Beschwerdegegnerin hat demnach für die Berechnung des Invaliditätsgrades die sogenannte gemischte Methode angewendet. Es ist der Beschwerdeführerin zuzustimmen, wenn geltend gemacht wird, der diesbezügliche Situationsbericht sei ungenügend. Die Abklärungsperson scheint bei der Statusfrage (Anteil Erwerbstätigkeit / Anteil Haushalt) eine reine Annahme getroffen zu haben (Anteil Erwerbstätigkeit 60 %). Diese ist zwar gestützt auf die vorhandenen Akten nicht abwegig, doch möglicherweise hat die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens auch ein höheres Pensum geleistet. Ein wirklicher Situationsbericht wurde aber gar nicht erst erstellt, sondern die zuständige Abklärungsfachfrau hat lediglich einen Einkommensvergleich vorgenommen (vgl. Bericht vom 7. März 2018; IV-Nr. 84 S. 2) und ist dabei auch von falschen Voraussetzungen ausgegangen. Diese Unzulänglichkeit ist jedoch vorliegend aufgrund der geringfügigen Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % nicht relevant. Denn selbst im für die Beschwerdeführerin günstigsten Fall, nämlich unter der Annahme, dass sie ein Vollpensum leisten würde, würde kein anspruchrelevanter Invaliditätsgrad resultieren, wie sich untenstehend ergibt.

Die von der Beschwerdegegnerin zur Invaliditätsbemessung herangezogenen Zahlen sind unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden. Für die Bemessung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens wurde der gleiche Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung herangezogen (LSE 2014, TA1_tirage_skill_level, Total Niveau 1 Frauen). Der Tabellenlohn erscheint im Licht der bisher von der Beschwerdeführerin ausgeführten Arbeiten und der möglichen Tätigkeiten korrekt. Richtigerweise wurden auch die Wochenstunden aufgerechnet und eine Anpassung an den Nominallohnindex vorgenommen. Somit ergibt sich rein rechnerisch ein Invaliditätsgrad von 10 % im günstigsten Fall (Annahme 100%-Pensum). Da im Haushalt keine Einschränkung besteht, erübrigen sich weitere Berechnungen nach der gemischten Methode, der Invaliditätsgrad würde bei jeder Konstellation unter 10 % liegen und wäre damit nicht anspruchrelevant.

8.2 Bei diesem geringen Invaliditätsgrad und gemessen an den der Beschwerdeführerin zumutbaren Tätigkeiten (auch die angestammte Tätigkeit als Raumpflegerin ist weiterhin zumutbar, da es sich nicht um eine körperlich schwere Tätigkeit handelt) besteht auch kein Anspruch auf berufliche Massnahmen. Inwiefern eine Unterstützung bei der Stellensuche aufgrund der gegebenen Einschränkungen notwendig sein sollte, ist nicht ersichtlich. Für weitergehende berufliche Massnahmen sind die Voraussetzungen nicht erfüllt.

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 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

Die Vizepräsidentin Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Wittwer

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.