

SO_GERICHTE VSBES.2022.85 vom 5. April 2022

SO Obergericht, 2022-04-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.85

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.85 du 5 avril 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.85 del 5 aprile 2022

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1966 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) arbeitete seit dem 3. Juli 1995 als Lagermitarbeiterin im Logistikverteilzentrum der B.____, [...]. Am 27. August 2018 meldete sie sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an, wobei sie angab, sie leide an einem Bandscheibenvorfall und an einem Morbus Scheuermann (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Der damalige Hausarzt, Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, attestierte eine andauernde Arbeitsunfähigkeit ab 12. Juni 2018 (IV-Nr. 4 S. 4). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) gewährte in der Folge Frühinterventionsmassnahmen in Form eines persönlichen Coachings (IV-Nr. 18 und 24). Die Beschwerdeführerin konnte ihre bisherige Tätigkeit im November 2018 wiederaufnehmen und ihr Pensum steigern; ab 1. April 2019 betrug ihr Arbeitspensum erneut 100 %, worauf die berufliche Eingliederung abgeschlossen wurde (vgl. Abschlussbericht vom 11. Juni 2019, IV-Nr. 25).

1.2 Am 21. Juni 2019 meldete sich die Beschwerdeführerin aufgrund eines verschlechterten Gesundheitszustands wiederum zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 28 S. 1). Ihre aktuelle Hausärztin, Dr. med. D.____, Allgemeine Innere Medizin, attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 14. Juni 2019 (IV-Nr. 28 S. 2 und 34 S. 1). In der Folge löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis auf Ende Oktober 2019 auf (vgl. IV-Nr. 38 S. 9, 52 S. 114 und Protokolleintrag vom 17. September 2019). Vom 16. Oktober 2019 bis 10. Januar 2020 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Klinik E.____ zur psychosomatischen Rehabilitation auf (IV-Nr. 42 S. 2 ff.). Vom 25. Mai bis 18. September 2020 wurde sie in den F.____, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, [...], betreut (IV-Nr. 55). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin am 8. Februar 2021 eine polydisziplinäre (internistische, orthopädisch-traumatologische und psychiatrische) Begutachtung in der Gutachterstelle G.____ AG, [...] (im Folgenden: G.____), welche am 20. und 31. Mai 2021 durchgeführt wurde (Gutachten vom 15. Juli 2021, IV-Nr. 61). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens und Einholung einer Stellungnahme beim RAD wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie weitere berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 5. April 2022 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, gemäss den Abklärungen sei die Beschwerdeführerin seit dem 12. Juni 2018 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen sei die angestammte Tätigkeit als Lagermitarbeiterin aus orthopädischen Gründen nicht mehr zumutbar. Eine körperlich angepasste Verweistätigkeit sei ihr jedoch seit dem 25. Juni 2018 vollschichtig zuzumuten. Vom 16. Oktober 2019 bis 18. September 2020 solle gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen erneut eine vollständige Erwerbsunfähigkeit bestanden haben. Es sei jedoch nicht nachvollziehbar,

weshalb trotz lediglich mittelgradig ausgeprägter depressiver Störung und an sich guter Therapierbarkeit funktionelle Leistungseinschränkungen in wichtigen Funktionsbereichen resultieren sollten, welche eine vollständige Aufhebung der Arbeitsfähigkeit im erwähnten Zeitraum zur Folge hätten. Eine (formale) Arbeitsunfähigkeit sei daher nur während des Klinikaufenthaltes anzunehmen. Mit einer angepassten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen; der Invaliditätsgrad betrage 23 %. Es bestehe auch kein Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen (IV-Nr. 73; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVGFolge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29ter der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

2.2 Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.6 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). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 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 351 E. 3b/cc S. 353).

3. Die Beschwerdeführerin macht geltend, eine Arbeitsstelle mit einem Pensum von 100 % sei ihr schmerzbedingt nicht zuzumuten. Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Aus dem Bericht des H.____, Wirbelsäulenchirurgie, vom 25. September 2018 geht hervor, die Patientin leide seit mehreren Wochen an Schmerzen am unteren LWS-Segment mit Ausstrahlung in beide Glutealmuskulaturen nach einem Verhebetrauma. Ein Taubheitsgefühl der Beine oder Kraftminderung seien verneint worden. Die Schmerzen seien stark vor allem bei Belastung und beim Tragen von schweren Gegenständen. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich keine neurologischen Ausfälle nachweisen lassen. Es bestünden keine sicheren Anzeichen für eine Radikulopathie. Es bestehe eine massive Druckdolenz über dem unteren LWS-Segment. Radiologisch zeige sich in den MRI-Bildern eine Facettengelenksarthrose auf Höhe L3/4 und L4/5 beidseits. Die gesundheitliche Situation der Patientin sollte sich unter medizinischen Massnahmen im Verlauf verbessern. Aktuell sei die Patientin aufgrund starker Schmerzen bis am 30. September 2018 zu 100 % arbeitsunfähig. Danach müsse die Arbeitsfähigkeit reevaluiert werden (IV-Nr. 15 S. 62 f.).

3.2 Dem Bericht des H.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 22. März 2019 können die Hauptdiagnosen «Knieschmerzen rechts zur Abklärung, Valgusbelastung, degenerative laterale Meniskusveränderungen mit parameniskaler Ganglionzyste rechts, Bakerzysten Knie beidseits» entnommen werden. Zur Beurteilung wurde angegeben, klinisch bestehe keine eindeutige Meniskus-Symptomatik. Es sei möglich, dass die zystischen Veränderungen die Beschwerden verursachten oder auch die konstitutionelle Valgusbelastung. Als erste Massnahme sei eine Physiotherapie indiziert (IV-Nr. 34 S. 11 f.).

3.3 Die aktuelle Hausärztin Dr. med. D.____ (Arztpraxis [...]) gab in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 23. September 2019 an, die Behandlung durch sie erfolge seit dem 2. Mai 2019. Die Patientin sei alle zwei bis drei Wochen in Behandlung. Sie sei vom 14. Juni bis 12. Juli 2019 für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Hausärztin stellte folgende Diagnosen: «Ängste und depressive Verstimmungen im Rahmen einer emotional abhängigen Persönlichkeitsstörung, aktivierte Gelenkfazettenarthrose L3/4 ■ L4/5 und L5/S1 bds. Bandscheibenprotrusion auf Höhe L5/S1. Knieschmerzen re.». Zum weiteren Vorgehen wurde angegeben, die Patientin trete in eine psychologische/psychiatrische Rehabilitationsklinik ein (IV-Nr. 34 S. 1 ff.).

3.4 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 2. Dezember 2019 fest, die erste Konsultation bei ihr sei am 16. Januar 2019 erfolgt, am 3. Juli 2019 sei die Behandlung wiederaufgenommen worden. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten seit dem 13. Juli 2019. Die Behandlung sei wiederaufgenommen worden, da die Patientin ■ nachdem ihr eine berufliche Wiedereingliederung gelungen sei ■ im Juni 2019 wiederholt Panikattacken erlebt habe. Während der nächsten Sitzungen habe sich die Patientin angespannt, besorgt und traurig gezeigt. Der psychische Zustand habe sich aufgrund der multifokalen Schmerzen (Kieferhöhlen, Rücken, Knie) sowie auch der Tatsache, dass ihr die Arbeitsstelle bei der B.____, bei welcher sie 24 Jahre tätig gewesen sei, gekündigt worden sei, wesentlich verschlechtert; sie habe auch öfter Panikattacken gehabt. Die Psychiaterin stellte die Diagnosen «Panikstörung ICD-10 F41.0», «anhaltende depressive Störung ICD-10 F43.1» und «Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 F45.41» (IV-Nr. 38 S. 1 ff.).

3.5 Vom 16. Oktober 2019 bis 10. Januar 2020 hielt sich die Beschwerdeführerin zur psychosomatischen Rehabilitation stationär in der Klinik E.____ auf. Im Bericht vom

10. Januar 2020 wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Chronische Schmerzsymptomatik/Schmerzstörung ICD-10 F45.3 mit psychischen und somatischen Faktoren mit/bei chronischem lumbovertebralem Schmerzsyndrom, chronischen Knieschmerzen beidseits, St.n. mehreren Cortisoninjektionen; 2. Rezidivierende depressive Störung ICD-10 F33.2, gegenwärtig mittelgradig, anamnestisch mit Panikstörung, derzeit klinisch im Hintergrund; 3. Probleme mit der Lebensbewältigung ICD-10 Z73, anhaltende psychosoziale Belastungssituation; 4. Varikosis der Beine beidseits, anamnestisch St.n. 2x Thrombose ca. 1995 u. 1996, bei Absetzversuch Re-Thrombose, anamnestisch nach mehreren Operationen der Varizen, Dauerantikoagulation mit Sintrom; 5. Weitere Diagnosen: mittelschweres, obstruktives Schlafapnoe Syndrom, ED 11/2019, unter CPAP-Therapie, Adipositas, Nikotin-abusus, Dyslipidämie ED 10/2019, AGLA-Score: (3.9 %), niedriges Risiko; Vitamin D Mangel, ED 11/2019, unter Substitution; nächtliche Harninkontinenz: St.n. abdominaler Hysterektomie (Myome), St.n. Totgeburt im 7. Monat».

Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Zuweisung der Patientin sei zur psychosomatischen Rehabilitation bei persistierenden chronischen Rücken- und Knieschmerzen sowie depressiver Störung erfolgt. Bei Eintritt habe sich eine kardio-pulmonal kompensierte, 53-jährige Patientin in reduziertem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand präsentiert. Die Patientin habe bei Eintritt über Leistungsverminderung, Schmerzen in den Knien beidseits, Unterrückenschmerzen, Gefühlsstörung im Gesicht und in den Unterarmen sowie allgemein über Müdigkeit geklagt. Zum somatischen Verlauf wurde im Wesentlichen angegeben, die Vitalparameterkontrollen hätten überwiegend Werte im Normbereich gezeigt. Eine Psychopharmaka-Therapie sei bei der Patientin nicht indiziert gewesen. Sie habe lediglich ein pflanzliches Präparat (Relaxane) bei Angst und Unruhe genommen. Die Schmerzreserve mit Dafalgan sei fast täglich beansprucht worden. Es habe sich ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom gezeigt. Es sei daraufhin eine CPAP-Adaption durch das Schlaflabor im Haus durchgeführt worden. Durch die Gewöhnung an Maske und Gerät habe die nächtliche Nutzungsdauer verlängert werden können. Die Patientin habe ausserdem von subjektiver Verbesserung der Schlafqualität berichtet. Durch die körperliche Aktivierung und Strukturierung des Essverhaltens habe eine Gewichtsreduktion von 4 kg während des Aufenthaltes verzeichnet werden können. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. Januar 2020 (IV-Nr. 42 S. 2 ff.).

3.6 Die Hausärztin gab in ihrem Bericht zu Händen der Taggeldversicherung vom 22. Mai 2020 an, die Patientin berichte über chronisch intermittierende Schmerzen im Dorsum auf Niveau der BWK

E. 2.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die

Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

E. 2.5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht 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 es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 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). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 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 351 E. 3b/cc S. 353).

3. Die Beschwerdeführerin macht geltend, eine Arbeitsstelle mit einem Pensum von 100 % sei ihr schmerzbedingt nicht zuzumuten. Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Aus dem Bericht des H.____, Wirbelsäulenchirurgie, vom 25. September 2018 geht hervor, die Patientin leide seit mehreren Wochen an Schmerzen am unteren LWS-Segment mit Ausstrahlung in beide Glutealmuskulaturen nach einem Verhebetauma. Ein Taubheitsgefühl der Beine oder Kraftminderung seien verneint worden. Die Schmerzen seien stark vor allem bei Belastung und beim Tragen von schweren Gegenständen. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich keine neurologischen Ausfälle nachweisen lassen. Es bestünden keine sicheren Anzeichen für eine Radikulopathie. Es bestehe eine massive Druckdolenz über dem unteren LWS-Segment. Radiologisch zeige sich in den MRI-Bildern eine Facettengelenksarthrose auf Höhe L3/4 und L4/5 beidseits. Die gesundheitliche Situation der Patientin sollte sich unter medizinischen Massnahmen im Verlauf verbessern. Aktuell sei die Patientin aufgrund starker Schmerzen bis am 30. September 2018 zu 100 % arbeitsunfähig. Danach müsse die

Arbeitsfähigkeit reevaluiert werden (IV-Nr. 15 S. 62 f.). 3.2 Dem Bericht des H.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 22. März 2019 können die Hauptdiagnosen «Knieschmerzen rechts zur Abklärung, Valgusbelastung, degenerative laterale Meniskusveränderungen mit parameniskaler Ganglionzyste rechts, Bakerzysten Knie beidseits» entnommen werden. Zur Beurteilung wurde angegeben, klinisch bestehe keine eindeutige Meniskus-Symptomatik. Es sei möglich, dass die zystischen Veränderungen die Beschwerden verursachten oder auch die konstitutionelle Valgusbelastung. Als erste Massnahme sei eine Physiotherapie indiziert (IV-Nr. 34 S. 11 f.). 3.3 Die aktuelle Hausärztin Dr. med. D.____ (Arztpraxis [...]) gab in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 23. September 2019 an, die Behandlung durch sie erfolge seit dem 2. Mai 2019. Die Patientin sei alle zwei bis drei Wochen in Behandlung. Sie sei vom 14. Juni bis 12. Juli 2019 für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Hausärztin stellte folgende Diagnosen: «Ängste und depressive Verstimmungen im Rahmen einer emotional abhängigen Persönlichkeitsstörung, aktivierte Gelenkfazettenarthrose L3/4 – L4/5 und L5/S1 bds. Bandscheibenprotrusion auf Höhe L5/S1. Knieschmerzen re.». Zum weiteren Vorgehen wurde angegeben, die Patientin trete in eine psychologische/psychiatrische Rehabilitationsklinik ein (IV-Nr. 34 S. 1 ff.). 3.4 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 2. Dezember 2019 fest, die erste Konsultation bei ihr sei am 16. Januar 2019 erfolgt, am 3. Juli 2019 sei die Behandlung wiederaufgenommen worden. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten seit dem 13. Juli 2019. Die Behandlung sei wiederaufgenommen worden, da die Patientin – nachdem ihr eine berufliche Wiedereingliederung gelungen sei – im Juni 2019 wiederholt Panikattacken erlebt habe. Während der nächsten Sitzungen habe sich die Patientin angespannt, besorgt und traurig gezeigt. Der psychische Zustand habe sich aufgrund der multifokalen Schmerzen (Kieferhöhlen, Rücken, Knie) sowie auch der Tatsache, dass ihr die Arbeitsstelle bei der B.____, bei welcher sie 24 Jahre tätig gewesen sei, gekündigt worden sei, wesentlich verschlechtert; sie habe auch öfter Panikattacken gehabt. Die Psychiaterin stellte die Diagnosen «Panikstörung ICD-10 F41.0», «anhaltende depressive Störung ICD-10 F43.1» und «Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 F45.41» (IV-Nr. 38 S. 1 ff.). 3.5 Vom 16. Oktober 2019 bis 10. Januar 2020 hielt sich die Beschwerdeführerin zur psychosomatischen Rehabilitation stationär in der Klinik E.____ auf. Im Bericht vom 10. Januar 2020 wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Chronische Schmerzsymptomatik/Schmerzstörung ICD-10 F45.3 mit psychischen und somatischen Faktoren mit/bei chronischem lumbovertebralem Schmerzsyndrom, chronischen Knieschmerzen beidseits, St.n. mehreren Cortisoninjektionen; 2. Rezidivierende depressive Störung ICD-10 F33.2, gegenwärtig mittelgradig, anamnestisch mit Panikstörung, derzeit klinisch im Hintergrund; 3. Probleme mit der Lebensbewältigung ICD-10 Z73, anhaltende psychosoziale Belastungssituation; 4. Varikosis der Beine beidseits, anamnestisch St.n. 2x Thrombose ca. 1995 u. 1996, bei Absetzversuch Re-Thrombose, anamnestisch nach mehreren Operationen der Varizen, Dauerantikoagulation mit Sintrom; 5. Weitere Diagnosen: mittelschweres, obstruktives Schlafapnoe Syndrom, ED 11/2019, unter CPAP-Therapie, Adipositas, Nikotin-abusus, Dyslipidämie ED 10/2019, AGLA-Score: (3.9 %), niedriges Risiko; Vitamin D Mangel, ED 11/2019, unter Substitution; nächtliche Harninkontinenz: St.n. abdominaler Hysterektomie (Myome), St.n. Totgeburt im 7. Monat». Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Zuweisung der Patientin sei zur psychosomatischen Rehabilitation bei persistierenden chronischen

Rücken- und Knieschmerzen sowie depressiver Störung erfolgt. Bei Eintritt habe sich eine kardio-pulmonal kompensierte, 53-jährige Patientin in reduziertem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand präsentiert. Die Patientin habe bei Eintritt über Leistungsverminderung, Schmerzen in den Knien beidseits, Unterrückenschmerzen, Gefühlsstörung im Gesicht und in den Unterarmen sowie allgemein über Müdigkeit geklagt. Zum somatischen Verlauf wurde im Wesentlichen angegeben, die Vitalparameterkontrollen hätten überwiegend Werte im Normbereich gezeigt. Eine Psychopharmaka-Therapie sei bei der Patientin nicht indiziert gewesen. Sie habe lediglich ein pflanzliches Präparat (Relaxane) bei Angst und Unruhe genommen. Die Schmerzreserve mit Dafalgan sei fast täglich beansprucht worden. Es habe sich ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom gezeigt. Es sei daraufhin eine CPAP-Adaption durch das Schlaflabor im Haus durchgeführt worden. Durch die Gewöhnung an Maske und Gerät habe die nächtliche Nutzungsdauer verlängert werden können. Die Patientin habe ausserdem von subjektiver Verbesserung der Schlafqualität berichtet. Durch die körperliche Aktivierung und Strukturierung des Essverhaltens habe eine Gewichtsreduktion von 4 kg während des Aufenthaltes verzeichnet werden können. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. Januar 2020 (IV-Nr. 42 S. 2 ff.). 3.6 Die Hausärztin gab in ihrem Bericht zu Händen der Taggeldversicherung vom 22. Mai 2020 an, die Patientin berichte über chronisch intermittierende Schmerzen im Dorsum auf Niveau der BWK

E. 7

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

7.2 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. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 8. Juli 2022, A.S. 27 f.) durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

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 Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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