

SO_GERICHTE VSBES.2023.159 vom 6. Juni 2023

SO Obergericht, 2023-06-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.159

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.159 du 6 juin 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.159 del 6 giugno 2023

Erwägungen

E. 1

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

2. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen).

Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. 3.

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 3.1 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 zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die 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 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2

Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, 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 hinreichende 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 vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). 3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 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 352 ff. E. 3b). 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 104 V 212). 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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1). 4. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneinte. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang: 4.1 Im Bericht vom 3. Juli 2020 (IV-Nr. 6, S. 6) hielt Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, fest, vor sechs Wochen sei bei der Beschwerdeführerin eine Mikrodiskektomie C6/C7 und

Entfernung einer Diskushernie C6/C7 rechts durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin sei mit dem Resultat sehr zufrieden, da die radikulären Schmerzen komplett verschwunden seien. Es persistiere eine Sensibilitätsverminderung im Bereich C7 rechts. Narbe gut verheilt. Leichte Verspannung der paraspinalen Muskulatur. Das Kontrollröntgen der HWS sei unauffällig mit unveränderter Lage der Cage. 4.2 Im Bericht vom 9. April 2021 (IV-Nr. 1, S. 14) führte Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, aus, nach den persistierenden Zervikalgien ein Jahr nach einer Mikrodiskektomie C6/C7 mit stabilisierender Arthrode und nach einem SPECT-CT sei eine Kontrolluntersuchung durchgeführt worden. Die Untersuchung zeige eine leicht aktivierte Osteochondrose C5/C6 mit ossärer foraminaler Stenose C5/C6 links, die die Beschwerden der Beschwerdeführerin erklären könnte. Es bestehe eine leichte Aktivierung um die Cage C6/C7 herum beim partiellen Durchbau der Arthrode C6/C7. 4.3 Im Bericht der C.____, Wirbelsäulen Chirurgie, Orthopädie und Neurochirurgie, vom 1. Juni 2021 (IV-Nr. 22, S. 2) wurden folgende Diagnosen gestellt: HWS: - Cephalgie, Zervikalgie und Nuchalgie linksbetont bei Status nach mit/bei: · Status nach Mikrodiskektomie C6/7 mit interkorporeller Arthrode mit Cage Zero-P 05/20 bei Ausfallsyndrom C7 rechts nach mediolateraler foraminaler Diskushernie C6/7 rechts · anamnestisch Status nach mehrfachen HWS-Infiltrationen postoperativ ohne jeglichen Wirkeffekt, aktuell MR-tomografische Hinweise für Anschlusssegmentdegeneration C5/C6 · St.n. Facettengelenksinfiltration C5/6 links 02/21 mit geringer Beschwerdelinderung LWS: - Subakute Lumbalgien mit klinisch pseudoradikulärer Ausstrahlung beidseits im S1-Dermatom Zur Beurteilung wurde ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin korreliere der MRI-Befund mit der C6-Wurzelkompression nicht klar mit dem klinischen Bild, nachdem bisher keine postoperativen Radikulopathien vorlägen. Im Spect-CT zeigten sich keine klaren Hinweise für eine Lockerung der Arthrode, man gehe von einer stabilen Situation aus, gleichzeitig bestehe eine moderate Anschlussdegeneration C5/6. Aus dieser Konstellation mit kurzem postoperativem Verlauf und unklarer Beschwerdegenese könne man aktuell keine klare Operationsindikation ableiten. Es werde aufgrund der Zervikalgien zunächst eine Wiederholung der Infiltration der Facettengelenke C5/6 beidseits empfohlen. 4.4 Dr. med. D.____, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 30. Mai 2022 (IV-Nr. 31) aus, seit Dezember 2019 beklage die Beschwerdeführerin Schmerzen an rechter Schulter und rechtem Arm. Eine Kortisonbehandlung habe keine dauerhafte Besserung gebracht, so dass am 16. Mai 2020 eine operative Mikrodiskektomie C6/7 mit interkorporeller Arthrode mittels Cage vorgenommen worden sei. Postoperativ habe die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit als Pflegeassistentin auf einer Demenzstation wieder aufgenommen. Bis zur Operation sei sie im 70%igen Arbeitspensum tätig gewesen, seit August 2020 sei sie eingestiegen und habe ihr Pensum schrittweise gesteigert. Die Wirbelsäulen- und Neurochirurgie in der C.____ spreche sich im Juni 2021 weiterhin dafür aus, dass ohne klare Hinweise für eine Lockerung der Arthrode, von einer stabilen Situation auszugehen sei, gleichzeitig habe eine moderate Anschlussdegeneration C5/6 bestanden. Es habe keine klare Operationsindikation abgeleitet werden können. Es sei aufgrund der Zervikalgien zunächst eine Wiederholung der Infiltration der Facettengelenke C5/6 beidseits empfohlen worden. Ebenfalls im Juni 2021 habe die Neurologin der C.____ nach umfassender Untersuchung, einschliesslich Neurophysiologie, dokumentiert, dass sich bei der Versicherten am ehesten myofasziale Schmerzen der Schulter-Nackenregion links nach Mikrodiskektomie C6/7 in 05/2020 manifestierten. Klinisch zeigten sich negative Nervendehnungszeichen, ausgeprägte

myofasziale Befunde der Schulter-Nackermuskulatur links, eine seit 05/2020 bekannte Hyposensibilität des Dig 2> Dig 3 rechts bei normaler Kraft. Eine Radikulopathie habe ausgeschlossen werden können, elektrophysiologisch hätten sich Normbefunde gefunden. Am 10. September 2021 sei eine Facettengelenksinfiltration C5/6 durchgeführt worden, wobei eine 50%ige Schmerzlinderung habe erreicht werden können, allerdings nur für 10 Tage, dann seien die Schmerzen im vorherigen Ausmass angegeben worden. Sodann führte die RAD-Ärztin zur Beurteilung aus, seit 21. Februar 2021 bestehe bei der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Pflegeassistentin auf Dauer keine Arbeitsfähigkeit mehr. Zumutbar seien wechselbelastende leichte Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen für den Rücken. Kein mittelschweres und schweres Heben und Tragen von Lasten, keine Tätigkeiten über Schulterhöhe, nicht vornüber geneigt, nicht bei Vibrationen. Schwere und mittelschwere Haushaltsarbeiten und Tätigkeiten über Kopf oder in Zwangshaltungen seien für den Rücken nicht zumutbar. Wegen der Hospitalisierung bei operativer Therapie sei die Versicherte vom Mai 2020 bis Ende Juli 2020 zu 0 % arbeitsfähig. In optimal angepasster Verweistätigkeit, entsprechend dem obengenannten Zumutbarkeitsprofil, sei die Versicherte ab August 2020 für eine angepasste Tätigkeit wieder voll einsatzfähig, dies auch über Februar 2021 hinaus. 4.5 Im Bericht vom 10. November 2022 (IV-Nr. 38, S. 5) hielt Dr. med. E.____, Oberärztin Neurologie, C.____, auf Anfrage der Beschwerdegegnerin fest, bislang seien seitens der C.____ betreffend die Beschwerdeführerin keine Atteste zur Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden. Die Prognose sei offen. Es persistierten Schulter-Nackenschmerzen mit leichter Besserungstendenz. Es seien eine schmerzdistanzierende Behandlung mit Gabapentin durchgeführt worden, daneben eine manuelle Therapie und zahlreiche ambulante physiotherapeutische Behandlungen. Fragen zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne sie, Dr. med. E.____, nicht beantworten. 4.6 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.____, führte in seinem Bericht vom 16. Dezember 2022 (IV-Nr. 42) aus, es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und es sei mit einer Fortsetzung der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Diese Arbeitsunfähigkeit sei für die Arbeit als Pflegeassistentin attestiert worden. Die Prognose für die Tätigkeit als Pflegeassistentin mit körperlicher Arbeit sei sicher ungünstig. Wie viele Stunden der Beschwerdeführerin eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, könne er, Dr. med. F.____, nicht beantworten. 4.7 In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 30. März 2023 (IV-Nr. 50) führte Dr. med. D.____, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin, RAD, aus, im Bericht vom 1. Juni 2021 habe der Neurochirurg keine klare OP-Indikation ableiten können, da eine unklare Beschwerdegenese vorgelegen habe. Um einen möglichen OP-Erfolg abschätzen zu können, sei in 12/2021 eine periforaminal Infiltration C5/6 empfohlen worden, welche am 7. März 2022 durchgeführt worden sei. Eine Schmerzreduktion habe die Versicherte für einen Tag beschrieben, aber ein anhaltender Effekt habe nicht erzielt werden können. Dies habe insbesondere gezeigt, dass durch Nerven ausschaltung mittels des kurzwirksamen Lokalanästhetikums eine gute Schmerzreduktion zu erzielen gewesen sei. Folglich könnte durch operative Ausschaltung dieses Areals eine Schmerzreduktion erzielt werden. Damit stehe der Versicherten eine weitere Therapieoption zur Verfügung. In den seit der letzten RAD-Beurteilung vom 30. Mai 2022 ergangenen Berichten könne sich die behandelnde Neurologin weder zur Arbeitsfähigkeit äussern noch eine Aussage zur Prognose treffen. Der Hausarzt beurteile die Versicherte weiterhin zu 100% arbeitsunfähig, wobei er sich aber auf die Tätigkeit der Pflegeassistentin beziehe. Neue medizinische Aspekte würden jedoch nicht benannt. Eine operative Therapieoption liege vor. Eine neue relevante

Diagnose werde nicht benannt. Aktuell sei keine Begutachtung notwendig, da die Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch den RAD unter Einbezug aller geklagten Leiden in der Stellungnahme vom 30. Mai 2022 Bestand habe. 4.8 Im Bericht der C.____, Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädie und Neurochirurgie, vom 23. Juni 2023 (IV-Nr. 54) wurde festgehalten, die radiologische Abklärung der HWS in zwei Ebenen vom 20. Juni 2023 habe folgende Befunde ergeben: St. n. ACDF C6/7. Dieses Segment erscheine konsolidiert. Anschlusssegmentdegeneration C6 und C7/Th1 mit Verschmälerung des Bandscheibenfaches. Beginnende degenerative Olisthese C6/7. Des Weiteren habe das MRI HWS vom 20. Juni 2023 folgende Befunde ergeben: Ähnlicher Befund wie vom Vor-MRI vom 06/21. Zentral weiter Spinalkanal. Osteochondrose und foraminale Einengung C5/6. Leichte Olisthese C7/ Th1, hier sei die Neuroforamina weit. Sodann wurde zur Beurteilung ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin bestünden chronische Nackenbeschwerden, welche möglicherweise auf die Anschlusssegmentdegeneration C5/6 aber auch C7/Th1 zurückzuführen seien. Infiltrationen hätten nur kurzfristig und inkomplett gewirkt. Der Leidensdruck sei nur mässig ausgeprägt. Eine neurologische Kompromittierung zeige sich nicht. Aus diesem Grunde empfehle man aktuell keine weitere Operation und die konservative Therapie fortzuführen. Man verschreibe zusätzlich zu den bereits durchgeführten Massnahmen MTT zum Muskelaufbau zur Verbesserung von Kraft, Kondition und Rückenmuskulatur. Ggf. könne im Verlauf eine erneute Infiltration durchgeführt werden. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin 100 % arbeitsunfähig als Pflegeassistentin. Man empfehle eine Umschulung in eine angepasste Tätigkeit. 5. Die Beschwerdegegnerin stützt ihre angefochtene Verfügung im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin, Dr. med. D.____, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin, RAD, vom 30. Mai 2022 (IV-Nr. 31) und 30. März 2023 (IV-Nr. 50), weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. Wie Dr. med. D.____ in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten festhält, besteht bei der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Pflegeassistentin auf Dauer keine Arbeitsfähigkeit mehr. Dies ist denn auch unter den Parteien unbestritten. Des Weiteren kommt Dr. med. D.____ zum Schluss, zumutbar seien wechselbelastende leichte Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen für den Rücken. Kein mittelschweres und schweres Heben und Tragen von Lasten, keine Tätigkeiten über Schulterhöhe, nicht vornüber geneigt, nicht bei Vibrationen. Eine solche Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin ohne zeitliche Einschränkungen zumutbar. Dieser Einschätzung wird von den behandelnden Ärzten nicht widersprochen, zumal im Bericht der C.____, Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädie und Neurochirurgie, vom 23. Juni 2023 festgehalten wurde, man empfehle eine Umschulung in eine angepasste Tätigkeit. Daraus kann geschlossen werden, dass die behandelnden Ärzte eine angepasste Tätigkeit als grundsätzlich zumutbar erachten. Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. Im Übrigen vermag im Lichte der Vorakten die von der RAD-Ärztin vorgenommene Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit ebenfalls zu überzeugen: Wegen der Hospitalisierung bei operativer Therapie sei die Versicherte vom Mai 2020 bis Ende Juli 2020 zu 0 % arbeitsfähig. In optimal angepasster Verweistätigkeit, entsprechend dem obengenannten Zumutbarkeitsprofil, sei die Versicherte ab August 2020 für angepasste Tätigkeit wieder voll einsatzfähig, dies auch über Februar 2021 hinaus. Zusammenfassend kann demnach auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin abgestellt werden. 6. Sodann wird die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsberechnung von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und ist denn auch nicht zu beanstanden. Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass das Wartejahr per 1. Mai 2021 abgelaufen ist. Sodann hat sich

die Beschwerdeführerin am 5. Juli 2021 zum Bezug von Rentenleistungen angemeldet. Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG und mit Blick auf den Ablauf des Wartejahres frühestens ab 1. Januar 2022 entstehen, womit das nach dem 1. Januar 2022 geltende Recht anwendbar ist. Mit dem ab 1. Januar 2022 eingeführten stufenlosen Rentensystem in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 – 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht wie bis anhin ein Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 bis 47,5 Prozent (Abs. 4). Sodann hat die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Pflegeassistentin unbestrittenermassen aus gesundheitlichen Gründen verloren, weshalb es nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin auf das bislang erzielte Einkommen abgestellt hat, woraus sich ein Valideneinkommen von CHF 61'446.00 ergibt. Weil die Beschwerdeführerin zudem bislang keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, wurde für die Bemessung des Invalideneinkommens zu Recht ein Tabellenlohn herangezogen. Der Tabellenlohn erscheint ebenfalls korrekt, womit sich ein Invalideneinkommen von CHF 56'075.00 ergibt. Die vorliegend anwendbare, seit Anfang 2022 in Kraft stehende Fassung der IVV sieht im Hinblick auf die Bestimmung des Invalideneinkommens eine pauschale Herabsetzung des statistisch bestimmten Wertes um zehn Prozent vor, wenn die funktionelle Leistungsfähigkeit 50 Prozent oder weniger beträgt (Abzug für Teilzeitarbeit; Art. 26 bis Abs. 3 IVV). Unter anderen Titeln ist keine Korrektur des über Tabellenlöhne bemessenen Invalideneinkommens mehr vorgesehen. Da die im vorliegenden Fall attestierte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit in zeitlicher Hinsicht nicht eingeschränkt ist, kommt demnach ein Abzug unter dem Titel Teilzeit nicht in Frage (vgl. zum Ganzen: Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2022.179 vom 18. September 2023 E. II. 8.2.4).

Zusammenfassend sind der in der angefochtenen Verfügung errechnete Invaliditätsgrad von 9 % und die daraus resultierende Verneinung des Rentenanspruchs somit nicht zu beanstanden. 7. Schliesslich verlangt die Beschwerdeführerin sinngemäss, ihr seien Umschulungsmassnahmen zu gewähren. Nach Art. 17 Abs. 1 IVG besteht Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann. Invalid im Sinne von Art. 17 IVG ist ein Versicherter, wenn er wegen der Art und Schwere des eingetretenen Gesundheitsschadens in den bisher ausgeübten und in den für ihn ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offenstehenden noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20 % erleidet; dabei bemisst sich die Erwerbseinbusse an dem vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Erwerbseinkommen (Meyer / Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 201 Rz. 3 mit Hinweisen). Mit dem vorliegend errechneten Invaliditätsgrad von 9 % ist der für den Umschulungsanspruch erforderliche Mindestinvaliditätsgrad von 20 % nicht erfüllt, weshalb der Anspruch auf eine Umschulung ohne Weiteres zu verneinen ist. 8. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 8.2 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.

E. 20

Juni 2023 habe folgende Befunde ergeben: St. n. ACDF C6/7. Dieses Segment erscheine konsolidiert. Anschlusssegmentdegeneration C6 und C7/Th1 mit Verschmälerung des Bandscheibenfaches. Beginnende degenerative Olisthese C6/7. Des Weiteren habe das MRI HWS vom 20. Juni 2023 folgende Befunde ergeben: Ähnlicher Befund wie vom Vor-MRI vom 06/21. Zentral weiter Spinalkanal. Osteochondrose und foraminale Einengung C5/6. Leichte Olisthese C7/ Th1, hier sei die Neuroforamina weit. Sodann wurde zur Beurteilung ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin bestünden chronische Nackenbeschwerden, welche möglicherweise auf die Anschlusssegmentdegeneration C5/6 aber auch C7/Th1 zurückzuführen seien. Infiltrationen hätten nur kurzfristig und inkomplett gewirkt. Der Leidensdruck sei nur mässig ausgeprägt. Eine neurologische Kompromittierung zeige sich nicht. Aus diesem Grunde empfehle man aktuell keine weitere Operation und die konservative Therapie fortzuführen. Man verschreibe zusätzlich zu den bereits durchgeführten Massnahmen MTT zum Muskelaufbau zur Verbesserung von Kraft, Kondition und Rückenmuskulatur. Ggf. könne im Verlauf eine erneute Infiltration durchgeführt werden. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin 100 % arbeitsunfähig als Pflegeassistentin. Man empfehle eine Umschulung in eine angepasste Tätigkeit.

5. Die Beschwerdegegnerin stützt ihre angefochtene Verfügung im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin, Dr. med. D.____, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin, RAD, vom 30. Mai 2022 (IV-Nr. 31) und 30. März 2023 (IV-Nr. 50), weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. Wie Dr. med. D.____ in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten festhält, besteht bei der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Pflegeassistentin auf Dauer keine Arbeitsfähigkeit mehr. Dies ist denn auch unter den Parteien unbestritten. Des Weiteren kommt Dr. med. D.____ zum Schluss, zumutbar seien wechselbelastende leichte Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen für den Rücken. Kein mittelschweres und schweres Heben und Tragen von Lasten, keine Tätigkeiten über Schulterhöhe, nicht vornüber geneigt, nicht bei Vibrationen. Eine solche Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin ohne zeitliche Einschränkungen zumutbar. Dieser Einschätzung wird von den behandelnden Ärzten nicht widersprochen, zumal im Bericht der C.____, Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädie und Neurochirurgie, vom 23. Juni 2023 festgehalten wurde, man empfehle eine Umschulung in eine angepasste Tätigkeit. Daraus kann geschlossen werden, dass die behandelnden Ärzte eine angepasste Tätigkeit als grundsätzlich zumutbar erachten. Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. Im Übrigen vermag im Lichte der Vorakten die von der RAD-Ärztin vorgenommene Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit ebenfalls zu überzeugen: Wegen der Hospitalisierung bei operativer Therapie sei die Versicherte vom Mai 2020 bis Ende Juli 2020 zu 0 % arbeitsfähig. In optimal angepasster Verweistätigkeit, entsprechend dem obengenannten Zumutbarkeitsprofil, sei die Versicherte ab August 2020 für angepasste Tätigkeit wieder voll einsatzfähig, dies auch über Februar 2021 hinaus. Zusammenfassend kann demnach auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin abgestellt werden.

6. Sodann wird die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsberechnung von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und ist denn auch nicht zu beanstanden.

Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass das Wartejahr per 1. Mai 2021 abgelaufen ist. Sodann hat sich die Beschwerdeführerin am 5. Juli 2021 zum Bezug von Rentenleistungen angemeldet. Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG und mit Blick auf den Ablauf des Wartejahres frühestens ab 1. Januar 2022 entstehen, womit das nach dem 1. Januar 2022 geltende Recht anwendbar ist. Mit dem ab 1. Januar 2022 eingeführten stufenlosen Rentensystem in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 ■ 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht wie bis anhin ein Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 bis 47,5 Prozent (Abs. 4).

Sodann hat die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Pflegeassistentin unbestrittenermassen aus gesundheitlichen Gründen verloren, weshalb es nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin auf das bislang erzielte Einkommen abgestellt hat, woraus sich ein Valideneinkommen von CHF 61'446.00 ergibt. Weil die Beschwerdeführerin zudem bislang keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, wurde für die Bemessung des Invalideneinkommens zu Recht ein Tabellenlohn herangezogen. Der Tabellenlohn erscheint ebenfalls korrekt, womit sich ein Invalideneinkommen von CHF 56'075.00 ergibt.

Die vorliegend anwendbare, seit Anfang 2022 in Kraft stehende Fassung der IVV sieht im Hinblick auf die Bestimmung des Invalideneinkommens eine pauschale Herabsetzung des statistisch bestimmten Wertes um zehn Prozent vor, wenn die funktionelle Leistungsfähigkeit 50 Prozent oder weniger beträgt (Abzug für Teilzeitarbeit; Art. 26bis Abs. 3 IVV). Unter anderen Titeln ist keine Korrektur des über Tabellenlöhne bemessenen Invalideneinkommens mehr vorgesehen. Da die im vorliegenden Fall attestierte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit in zeitlicher Hinsicht nicht eingeschränkt ist, kommt demnach ein Abzug unter dem Titel Teilzeit nicht in Frage (vgl. zum Ganzen: Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2022.179 vom 18. September 2023 E. II. 8.2.4).

Zusammenfassend sind der in der angefochtenen Verfügung errechnete Invaliditätsgrad von 9 % und die daraus resultierende Verneinung des Rentenanspruchs somit nicht zu beanstanden.

7. Schliesslich verlangt die Beschwerdeführerin sinngemäss, ihr seien Umschulungsmassnahmen zu gewähren.

Nach Art. 17 Abs. 1 IVG besteht Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann. Invalid im Sinne von Art. 17 IVG ist ein Versicherter, wenn er wegen der Art und Schwere des eingetretenen Gesundheitsschadens in den bisher ausgeübten und in den für ihn ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offenstehenden noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20 % erleidet; dabei bemisst sich die Erwerbseinbusse an dem vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Erwerbseinkommen (Meyer / Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 201 Rz. 3 mit Hinweisen).

Mit dem vorliegend errechneten Invaliditätsgrad von 9 % ist der für den Umschulungsanspruch erforderliche Mindestinvaliditätsgrad von 20 % nicht erfüllt, weshalb der Anspruch auf eine Umschulung ohne Weiteres zu verneinen ist.

8. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 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 Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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