

SO_GERICHTE VSBES.2025.212 vom 17. April 2026

SO Obergericht, 2026-04-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2025.212

FR: SO_GERICHTE VSBES.2025.212 du 17 avril 2026

IT: SO_GERICHTE VSBES.2025.212 del 17 aprile 2026

Volltext

5

Urteilvernom17. April 2026

Es wirken mit:

Präsidentin Weber-Probst

Oberrichter Flückiger

Oberrichter Thomann

Gerichtsschreiberin Baltermia-Wenger

In Sachen

A.____ vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt

Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Solothurn

Beschwerdegegnerin

betreffend berufliche Massnahmen und Invalidenrente (Verfügung vom 17. Juli 2025)

zieht das Versicherungsgericht in Erwägung:

1. Die 1970 geborene A.____ meldete sich am 4. September 2018 wegen Brustkrebs bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Nach rund einem halben Jahr konnte A.____ ihre bisherige Tätigkeit als Werkzeugschleiferin beim Einzelunternehmen B.____ wieder vollständig aufnehmen, worauf die IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente ablehnte (IV-Nr. 14).
2. Am 8. April 2022 meldete sich A.____ erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an mit Verweis auf die hausärztlichen Berichte (IV-Nr. 17). Die Hausärztin attestierte A.____ ab Februar 2022 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit unter anderem wegen Beschwerden im rechten Fuss und Bein infolge einer Venenthrombose im Unterschenkel und einer Fussoperation bei Hallux valgus und Digitus quintus varus sowie wegen einer Fibromyalgie, einem Zerviko- und Lumbospondylogensyndrom und einer Depression (IV-Nr. 46 S. 1 und S. 346).
3. Die IV-Stelle holte in der Folge die medizinischen Akten ein, führte ein Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 26) und liess A.____ bei der Begutachtungsstelle C.____ polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch, orthopädisch, psychiatrisch,

neuropsychologisch und gynäkologisch) begutachten. Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 27. August 2024 (IV-Nr. 93.1-9) lehnte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 99) mit Verfügung vom 17. Juli 2025 sowohl einen Anspruch auf berufliche Massnahmen als auch auf eine Invalidenrente ab (A.S. [Akten-Seite] 1).

4. Dagegen erhebt A.____ (fortan Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 15. September 2025 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) mit folgenden Rechtsbegehren (A.S. 6):

5. Mit Schreiben vom 16. Oktober 2025 (A.S. 17) verzichtet die IV-Stelle (fortan Beschwerdegegnerin) auf eine Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

6. Mit Eingabe vom 11. Dezember verzichtet der Vertreter der Beschwerdeführerin auf die Einreichung einer Kostennote und beantragt, es sei die Parteientschädigung nach richterlichem Ermessen festzusetzen (A.S. 24). Zudem stellte er eine weitere Stellungnahme in Aussicht, welche jedoch bis heute nicht erfolgt ist.

7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

1.

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

1.2 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 Rechts-sätze 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 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall hat sich die Beschwerdeführerin am 8. April 2022 erneut zum Leistungsbezug angemeldet. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte somit frühestens ab Oktober 2022 entstehen (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dementsprechend sind vorliegend die ab 1. Januar 2022 geltenden Normen anwendbar.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind.

2.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten 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. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

3.

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die Ärztinnen und Ärzte sowie 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im gerichtlichen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

3.3 Im Sozialversicherungsverfahren sind die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Das Sozialversicherungsgericht 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 Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

3.4 Nach der Rechtsprechung ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist 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 Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). Schliesslich haben die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen grundsätzlich Beweiswert, doch kommt ihnen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

4. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 17. Juli 2025 abgewiesen. Dabei stützt sie ihren Entscheid im Wesentlichen auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre C.____-Gutachten vom 27. August 2024 (IV-Nr. 93.1 ■ 9), welches der Beschwerdeführerin eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie auch in einer angepassten Tätigkeit attestiert. Die Beschwerdeführerin bestreitet eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und verlangt eine erneute Abklärung.

5. Hauptstreitpunkt und zu prüfen ist, ob das im Verwaltungsverfahren eingeholte C.____-Gutachten vom 27. August 2024 beweiswertig ist (IV-Nr. 93.1 ■ 9).

5.1 Im internistischen Teilgutachten vom 25. Juli 2024 (IV-Nr. 93.3) stellt Prof. Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Facharzt für Tropenmedizin und Infektiologie, keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert er eine Adipositas (BMI 33.3 kg/m²) (ICD-10: E66.00), eine gemischte Hyperlipoproteinämie (ICD-10: E78.2), ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.31); ein arterieller Hypertonus (ICD-10: 110.90), eine beginnende obstruktive Funktionseinschränkung (ICD-10: J44.93) und einen HBs-Ag-Trägerstatus. Aus internistischer Sicht liege eine volle Arbeitsfähigkeit vor.

Im Rahmen der im Gutachten vorgenommenen medizinischen Beurteilung werden die internistischen Diagnosen nachvollziehbar hergeleitet und deren Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit jeweils plausibel verneint. Die Einschätzungen stimmen im Wesentlichen auch mit den Feststellungen in den medizinischen Vorakten überein (IV-Nrn. 71 und 46, S. 1). So wird insbesondere im pneumologischen Abklärungsbericht des E.____ vom 23. April 2024 bestätigt, dass das Schlafapnoesyndrom seit Januar 2024 erfolgreich behandelt werde und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe (IV-Nr. 81, S. 3, siehe auch IV-Nr. 71, S. 280). Gleichwohl erwähnt Prof. Dr. med. D.____ im Hinblick auf das Belastungsprofil, dass wegen der beginnenden obstruktiven Funktionseinschränkung Tätigkeiten mit Exposition von Inhalationsnoxen (Stäube, Dämpfe, Rauch, Gase, extreme Hitze, Kälte) nicht zumutbar seien. Im Weiteren legt Prof. Dr. med. D.____ ausführlich dar, dass die Diagnose Chronische Hepatitis B nicht zu stellen sei. Bei der Versicherten sei 2005 eine Hepatitis-B-Serologie durchgeführt worden, wobei das HBs-Antigen positiv und die übrigen geprüften Werte negativ ausgefallen seien. Daraus sei das Vorliegen einer chronischen Hepatitis B abgeleitet und in den weiteren Unterlagen immer wieder als Nebendiagnose gestellt worden. Diese Einschätzung sei falsch. Die

Leberwerte seien im Verlauf immer unauffällig gewesen. Es liege lediglich ein HBs-Ag-Trägerstatus vor. Gestützt auf diese schlüssige Darlegung leuchtet es ein, dass anstelle der Hepatitis B-Diagnose ein HBs-AG-Trägerstatus ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt. Unabhängig davon ist darauf hinzuweisen, dass in den medizinischen Vorakten die Nebendiagnose Chronische Hepatitis B als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt wurde (IV-Nrn. 46, S. 1).

Auf der Grundlage der vorstehenden Diagnosen und der gutachterlichen Einschätzung erscheint es nachvollziehbar, dass aus internistischer Sicht keine Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt werden. Somit kann auf das internistische Teilgutachten abgestellt werden.

5.2 Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung vom 3. Juli 2024 (IV-Nr. 93.4) diagnostiziert Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Rheumatologie sowie Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: (1.) Generalisiertes und chronifiziertes Weichteilschmerzsyndrom (fibromyalgiform) (ICD-10: M79.70), (2.) Chronifiziertes thorakospondylogenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei rechtskonvexer Skoliose der BWS, Spondylosen BWK 6/7 und 10/11, Dehydratation der mittleren BWS-Bandscheiben, Facettenarthrosen L3-S1, Hypertrophie des Ligamentum flavum L3-S1, Osteochondrose L5/S1 (ICD-10: M54.80) und (3.) Residuelle Vorfussbeschwerden rechts mit/bei Status nach Hallux valgus Korrekturoperation 14. Dezember 2021 (minimalinvasive Bösch-Osteotomie MT 1, MIS Exostosektomie MT 1-Kopf, minimalinvasive Akin-Osteotomie Grundphalanx D1, minimalinvasive distale Schaft-Osteotomie MT 5 und minimalinvasive Kleinzehekorrektur D5 mit lateraler Exostosektomie P1-Köpfchen und P1-Osteotomie), Status nach Schraubenentfernung und MTK V-Resektion rechts 15.12.2023 mit Pseudarthrose Metatarsale V (ICD-10: M79.67). In der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Schleifwerkstatt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Die aktuelle Tätigkeit könne als dem Leiden angepasst beurteilt werden bzw. in einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit ebenfalls 70 %.

Dr. med. F. ____, legt in seinem rheumatologischen Teilgutachten zunächst die medizinische Vorgeschichte, die geklagten Beschwerden sowie die eigenen Untersuchungsbefunde dar. Die Versicherte berichtet insbesondere über rechtsbetonte Beinschmerzen und lumbale Rückenbeschwerden. Sie übe eine sehr leichte Tätigkeit aus, bei der sie hin und wieder ihre Arbeitsposition verändern könne. Klinisch zeige sich ein hinkfreies, jedoch langsames Gangbild mit verkürztem Abrollen über den Vorfuss rechts. Hinsichtlich der Brustwirbelsäule bestehe eine deutlich akzentuierte Kyphose und eine leichtgradige rechtskonvexe Skoliose. An der Lendenwirbelsäule bestünden leichte bis knapp mittelgradige Einschränkungen mit leichten Schmerzen. Das Impingementzeichen sei am rechten Schultergelenk fraglich positiv. Bei der Bewegungsüberprüfung am rechten Schultergelenk würden lokale Schmerzen angegeben. Auch im Hüftbereich entstünden Schmerzen bei Rotationsbewegungen. Ferner bestehe eine deutliche Druckdolenz der Narben am Vorfuss. Im Übrigen lägen ausgedehnte Weichteildruckdolenzen am Schultergürtel rechtsbetont, am Rabenschnabelfortsatz, am Ellenbogen, an der Wirbelsäule, am Beckenkamm rechtsbetont, an der Hüfte rechtsbetont und an der Oberschenkelaußenseite vor. Im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung stellt Dr. med. F. ____, sodann fest, es bestehe ein generalisiertes und chronifiziertes Weichteilschmerzsyndrom mit weitgehend in Symmetrie angeordneten

Weichteildruckdolenzen am gesamten Schultergürtel, um beide Ellenbogengelenke, entlang der Wirbelsäule und am Beckengürtel. Die Weichteildruckdolenzen seien rechts etwas ausgeprägter als links. Das Weichteilschmerzsyndrom imponiere fibromyalgiform, ohne anamnestische und klinische Hinweise auf entzündliche oder radikuläre Ursachen. Daneben bestehe ein chronifiziertes thorakospondylogenes und insbesondere lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule. Diese Einschätzungen leuchten angesichts der gutachterlichen Befunderhebung ein. Darüber hinaus stimmen sie auch mit den medizinischen Vorberichten überein. Die bildgebenden Befunde zeigen jeweils degenerative Veränderungen ohne Hinweise auf Entzündungen oder Nervenkompressionen (MRI vom 5. Juli 2022 (IV-Nr. 46 S. 450), SPECT/CT vom 7. Februar 2023 (IV-Nr. 71 S. 206) und MRI-Bericht vom 15. Mai 2023 (IV-Nr. 71 S. 220). Die behandelnden Ärzte beschreiben im Zusammenhang mit den Wirbelsäulenbeschwerden daher jeweils degenerative Veränderungen und chronische Schmerzsyndrome (IV-Nr. 46 S. 338 und 341, IV-Nr. 71, S. 149, 220, 227 und IV-Nr. 177).

Im Weiteren stellt Dr. med. F.____ Restbeschwerden am rechten Vorfuss nach einer Hallux valgus-Operation sowie nach einer wahrscheinlich nicht ganz erfolgreichen operativen Intervention einer Pseudarthrose am Mittelfusssknochen an der Fussaussenseite (Metatarsale V) fest. Die Schmerzen beim Überstreifen der Vorfussnarben könnten auf eine neuralgiforme Schmerzsymptomatik hinweisen. Auch diese Beurteilung leuchtet ein und steht im Einklang mit den Vorakten, namentlich dem Bericht der behandelnden Fussorthopädin Dr. med. G.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 1. März 2024 (IV-Nr. 73, S. 6). Die rheumatologischen Diagnosen werden damit schlüssig und nachvollziehbar begründet. Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen hält Dr. med. F.____ sodann fest, erhebliche Funktionseinschränkungen bestünden nicht, die Belastbarkeit des Achsenskeletts und des rechten Fusses sei leicht bis knapp mittelgradig reduziert. Zu vermeiden seien repetitives Anheben und Tragen von Gewichten von mehr als zehn Kilogrammen, repetitives Bücken und Aufrichten, Arbeiten in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes mit und ohne Rumpffrotation, statische Belastungen der Wirbelsäule im Stehen und Sitzen ohne Möglichkeit zu Wechselpositionen, repetitive Treppengänge, längere Botengänge auf ebener und unebener Unterlage. Gestützt darauf attestiert er in der bisherigen sowie auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % seit der Operation vom 14. Dezember 2021. Diese Schlussfolgerung überzeugt ebenfalls. Angesichts der festgestellten ■ lediglich leichten bis knapp mittelgradigen ■ funktionellen Einschränkungen erscheint die attestierte Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit plausibel. Diese Einschätzung ist im Übrigen ebenfalls vereinbar mit den medizinischen Vorberichten. So wird im Bericht des H.____ vom 5. Dezember 2023 eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne häufiges Bücken und nach vorne beugen des Oberkörpers empfohlen (IV-Nr. 67). Die behandelnde Fussorthopädin Dr. med. G.____ attestiert der Versicherten im Bericht vom 7. März 2024 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei eine sitzende Tätigkeit allenfalls etwas länger gehe (IV-Nr. 73, S. 6).

Insgesamt erweisen sich die Schlussfolgerungen des rheumatologischen Teilgutachtens als schlüssig, nachvollziehbar und mit den übrigen medizinischen Akten vereinbar. Somit kann darauf abgestellt werden.

5.3 Zu beurteilen ist im Weiteren das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom

28. Juni 2024 (IV-Nr. 93.5). Als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nennt Dr. med. I. ___ einen (1.) unspezifischen Rückenschmerz (ICD-10: M54.90), einen (2.) Hallux Valgus rechts, St. n. Minimalinvasive Bösch-Osteotomie, MIS Exostosektomie MT 1-Kopf Minimalinvasive Akin-Osteotomie (MIA) Grundphalanx D1 am 14. Dezember 2021, St. n. Schraubenentfernung am 15.12.2023 (ICD-10: M20. 1RG) und einen (3.) Digitus Quintus Varus rechts, St. n. Minimalinvasive distale Schaft-Osteotomie MT und minimalinvasive Kleinzehenkorrektur D5 mit lat. Exostosektomie P1-Köpfchen, P1-Osteotomie, am 14. Dezember 2021 und St. n. MTK V-Köpfchenresektion am 15. Dezember 2023 (ICD-10: M20. 5RG)

Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellt Dr. med. I. ___ folgende Diagnosen: (4.) Gonarthrose rechts, derzeit klinisch nicht symptomatisch (ICD-10: M17.1), (5.) Daumensattelgelenksarthrose rechts, derzeit klinisch nicht symptomatisch (ICD-10: M18.1R), (6.) Osteoporose ohne pathologische Fraktur (ICD-10: M81.00G) und (7.) Bewegungseinschränkung rechte Schulter nach Mamma NPL 2018 (ICD-10:M25.92RG). Aus orthopädischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit 80 %.

Dr. med. I. ___ erklärt die Aktenzusammenfassung im Anhang 1 der polydisziplinären Begutachtung als integralen Bestandteil seines Gutachtens und stellt anschliessend die Ergebnisse seiner gutachterlichen Befragung und klinischen Untersuchung dar. Dabei zeigt sich unter anderem eine eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter wegen Narbenschmerzen in der rechten Axilla infolge einer Brustkrebsoperation im Jahr 2018. Hinsichtlich der Wirbelsäule seien keine akuten orthopädischen Auffälligkeiten feststellbar. Im Bereich des rechten Vorfusses fänden sich Druckdolenzen sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit des Grosszehengrundgelenks und eine aufgehobene aktive Beweglichkeit des Kleinzehs bei freier passiver Beweglichkeit. Ansonsten lägen altersgemäss unauffällige Befunde vor.

Gestützt auf die Anamnese und die Untersuchungsbefunde gelangt Dr. med. I. ___ zum Schluss, die Versicherte leide seit Jahren an Rückenschmerzen ohne nachweisbares morphologisches Korrelat, weshalb von unspezifischen Rückenschmerzen auszugehen sei. Diese Einschätzung steht im Einklang mit den bildgebenden Untersuchungen, welche lediglich degenerative Veränderungen, jedoch keine entzündlichen oder neurokompressiven Befunde zeigen (IV-Nr. 46 S. 450 sowie IV-Nr. 71 S. 206 und S. 220), sowie mit den Vorberichten der behandelnden Orthopäden, in denen ebenfalls unspezifische beziehungsweise degenerativ bedingte Schmerzsyndrome diagnostiziert werden. So diagnostiziert Dr. med. J. ___, Facharzt für orthopädische Chirurgie, im Bericht vom 3. April 2024 ein komplexes Ganzkörperschmerzsyndrom (IV-Nr. 77). Zudem stellen die Orthopäden der K. ___ im Sprechstundenbericht vom 15. Mai 2023 die Diagnose chronische Thorakalgien und Lumbalgien bei mehrsegmentaler Facettengelenksarthrosen und Costovertebralgelenksarthrosen (IV-Nr. 71 S. 220). Die Annahme eines unspezifischen Rückenschmerzes erscheint somit nachvollziehbar und deckt sich im Ergebnis auch mit dem rheumatologischen Teilgutachten, wonach die Rückenbeschwerden nicht Folge einer entzündlichen Veränderung oder Nervenkompression sind.

Hinsichtlich des rechten Fusses beschreibt Dr. med. I. ___ einen komplikationsreichen postoperativen Verlauf mit persistierenden Schmerzen, unter anderem wegen einer Unterschenkelthrombose sowie wegen einer Pseudarthrose des fünften Strahls. Verblieben seien Druckschmerzen im Vorfuss sowie Beweglichkeitseinschränkungen der Gross- und

Kleinzehe. Diese Beurteilung ist anhand der medizinischen Vorakten, insbesondere der Berichte der behandelnden Fussorthopädin Dr. med. G.____, nachvollziehbar (IV-Nrn. 71 S. 278 und 73, S. 6). Darüber hinaus steht sie auch im Einklang mit den Feststellungen von Dr. med. F.____ im rheumatologischen Teilgutachten, in welchem ebenfalls Restbeschwerden am rechten Vorfuss infolge der Operation am Gross- und Kleinzehe sowie eine (leicht- bis mittelgradig) reduzierte Belastbarkeit des rechten Fusses beschrieben werden. Weiter hält Dr. med. I.____ fest, es bestehe eine funktionelle Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, welche die Versicherte jedoch im Alltag und bei der Arbeit nicht wesentlich beeinträchtigt. Im Übrigen werde eine Osteoporose ohne Fraktur lege artis behandelt. Die diagnostizierte Gonarthrose rechts sowie die Daumensattelgelenksarthrose rechts seien aktuell klinisch nicht symptomatisch.

In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung führt Dr. med. I.____ aus, die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der langjährigen Rückenschmerzen sowie der Belastbarkeits- und Bewegungsstörung des rechten Vorfusses reduziert. Empfohlen werde eine orthopädiotechnische Versorgung des Schuhwerks, welche zu einer Verbesserung des Abrollverhaltens und zu einer Schmerzreduktion beitragen könne. Das Belastungsprofil umfasse leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung gehend, stehend und sitzend. Arbeiten mit der Notwendigkeit die Schulter mehr als 90° abzuspreizen oder Überkopfarbeiten seien nicht möglich. Die Arbeitsfähigkeit betrage seit der letzten Operation 80 %. Diese Einschätzung gelte für die bisherige Tätigkeit sowie auch für eine angepasste Tätigkeit. Diese schlüssige Beurteilung der funktionellen Restarbeitsfähigkeit ■ trotz anhaltender Beschwerden im Bereich des Rückens und des rechten Vorfusses ■ erscheint mit Blick auf die gutachterliche Untersuchung sowie die medizinischen Vorberichte nachvollziehbar. So erachten etwa die behandelnden Orthopäden mit Spezialisierung auf Wirbelsäulenchirurgie im Bericht vom 5. Dezember 2023 eine angepasste, leichte bis mittelschwere Tätigkeit ■ ohne häufiges Bücken und nach vorne beugen des Oberkörpers ■ als möglich (IV-Nr. 67). Dr. med. J.____ beschreibt im Bericht vom 3. April 2024 eine 70%ige Besserung der Beschwerden (IV-Nr. 77). Die behandelnde Fussorthopädin attestiert der Versicherten schliesslich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei in einer sitzenden Tätigkeit allenfalls auch etwas mehr gehe (IV-Nr. 73, S. 6). Gesamthaft betrachtet überzeugen demnach die Ergebnisse des orthopädischen Teilgutachtens von Dr. med. weshalb darauf abzustellen ist.

5.4 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 10. Juli 2024 (IV-Nr. 93.6) diagnostiziert Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bestünden eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung führte Dr. med. L.____ eine vertiefte Befragung durch und erhob die psychopathologischen Befunde. Gestützt darauf legt Dr. med. L.____ in seiner medizinischen Beurteilung dar, dass für die Versicherte aktuell Rücken- und Fussbeschwerden im Vordergrund stünden. Eine psychiatrische Beeinträchtigung liege nach Meinung der Versicherten nicht vor.

Die aktuelle psychiatrische Exploration ergebe einzelne Merkmale einer Depression. Eine depressive Episode gemäss ICD-10-Kriterien sei allenfalls in leichter Ausprägung vorhanden, wenn man die ernste, zum Teil deprimiert gedrückte Grundstimmung der Versicherten als depressive Stimmungslage ungewöhnlichen Ausmasses interpretiere und

gleichzeitig auch die von ihr geschilderte, gesteigerte Ermüdbarkeit und Erschöpfung werte. Ein vollständiger Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten liege nicht vor. Es bestehe eine leichte psychomotorische Hemmung, ferner eine Reduktion des Selbstwertgefühles, womit maximal vier Symptome einer leichten depressiven Episode erfüllt seien, davon knapp zwei Kernsymptome (depressive Stimmung und gesteigerte Ermüdbarkeit). Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus indes nicht. Die Annahme einer maximal leicht ausgeprägten depressiven Episode ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird im psychiatrischen Teilgutachten schlüssig begründet und erscheint auch angesichts der Rechtsprechung, wonach grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn sein kann (BGE 143 V 418 E. 5.2.2), nachvollziehbar.

Weiter diagnostiziert Dr. med. L.____ eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es bestehe das Bild einer chronischen Schmerzstörung mit fibromyalgiformem Charakter. Hintergrund seien innerseelische Konflikte und Belastungsfaktoren der letzten Jahre, die zu einer Exazerbation der chronischen Schmerzstörung mit dysfunktionaler Verarbeitung körperbezogener Beschwerden beigetragen hätten. Es seien somit somatische und psychische Faktoren massgeblich an der Entwicklung und Aufrechterhaltung der dysfunktionalen Schmerzverarbeitung und Entwicklung der chronischen Schmerzstörung beteiligt. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus jedoch ebenfalls nicht. Diese Beurteilung überzeugt. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung wird nachvollziehbar begründet und leuchtet mit Blick auf die Aktenlage ein. Nachvollziehbar erscheint auch die Schlussfolgerung, wonach die chronische Schmerzstörung keine Einschränkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit hat. Insgesamt gelangt Dr. med. L.____ damit zum schlüssigen Ergebnis, dass die Versicherte aus psychiatrischer Sicht in der Lage ist, sämtliche ihrem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten vollumfänglich auszuüben.

Soweit in der vorliegenden Beschwerdeschrift geltend gemacht wird, es liege eine Anpassungsstörung mit depressiver Komponente vor, vermag dies keine abweichende Beurteilung zu rechtfertigen. Zwar wurde im Bericht der M.____ vom 25. Januar 2022 eine Anpassungsstörung diagnostiziert (IV-Nr. 46, S. 279). Wie der Regionale Ärztliche Dienst der Beschwerdegegnerin (nachfolgend: RAD) in seiner Stellungnahme vom 10. Juli 2025 (IV-Nr. 117) aber zutreffend festhält, handelt es sich dabei definitionsgemäss um ein zeitlich begrenztes Phänomen, wobei die Symptome meist nicht länger als sechs Monate anhalten (Urteil des Bundesgerichts 9C_436/2022 vom 26. Januar 2023 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass diese Diagnose im Zeitpunkt der Begutachtung im Juli 2024 nicht mehr gestellt wird.

Nach dem Gesagten überzeugt die Schlussfolgerung von Dr. med. L.____, wonach weder die leichte depressive Symptomatik noch die chronische Schmerzstörung zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Das psychiatrische Teilgutachten erweist sich damit als schlüssig und nachvollziehbar. Gestützt auf das beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1). Auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. L.____ kann somit abgestellt werden.

5.5 Im Rahmen der neurologischen Begutachtung vom 11. Juli 2024 (IV-Nr. 93.7) stellt Dr. med. N.____, Fachärztin für Neurologie, keine neurologische Diagnose und attestiert der Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in allen Tätigkeiten.

Anlässlich der gutachterlichen Befragung mache die Versicherte vor allem Schmerzen in den Bereichen des rechten Unterschenkels und des rechten Fusses geltend. Die neurologische Untersuchung zeige jedoch keinerlei Auffälligkeiten hinsichtlich Hirnnervenstatus, Reflexstatus, Sensibilität, Motorik, Trophik, Tonus, Koordination, Gefäßstatus und Vegetativum. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass Dr. med. N.____ in ihrer Begutachtung keine neurologische Diagnose stellt. In ihrer Begründung hält sie ferner zutreffend fest, dass eine neurologische Diagnose auch aktenanamnestisch nicht beschrieben worden sei. Die im orthopädischen Bericht vom 27. April 2022 gestellte Verdachtsdiagnose einer intraoperativen Druckläsion des Nervus peroneus (IV-Nr. 46, S. 438) konnte im Rahmen der neurologischen Untersuchung in der O.____ vom 28. Juli 2023 nicht bestätigt werden. Die entsprechenden Abklärungen ergaben keinen Hinweis auf eine Nervenläsion der peripheren Beinnerven als Ursache für die geschilderten Beinschmerzen. Die Schmerzen wurden als nicht neuropathisch eingeordnet. Als wahrscheinlichste Ursache wurde eine Fibromyalgie mit ausgeprägter Allodynie des ganzen Körpers im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung genannt (IV-Nr. 71 S. 233).

Zusammenfassend erweisen sich die Ergebnisse des neurologischen Teilgutachtens mit Blick auf die anamnestischen Angaben, die unauffälligen Untersuchungsbefunde sowie die Übereinstimmung mit den übrigen medizinischen Akten als schlüssig und überzeugend. Auf das neurologische Teilgutachten ist abzustellen.

5.6 Im gynäkologischen Teilgutachten vom 18. Juni 2024 (IV-Nr. 93.8) stellt Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert er ein Mammakarzinom rechts (ICD-10: C50.2) und eine gemischte Stress-/Urgeinkontinenz (ICD-10: N39.3, N39.42). Aus gynäkologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in allen Tätigkeiten.

Bei der gutachterlichen Befragung beschreibe die Versicherte, dass sie im Oktober 2018 brusterhaltend an einem invasiven Mammakarzinom operiert worden sei. Nach der Operation hätten eine Bestrahlung und eine antihormonelle Therapie gefolgt, die sie bis heute fortführe. Aktuelle Beschwerden bestünden beim Bücken oder beim Heben von Lasten, wobei jeweils in der rechten Achselhöhle ziehende Schmerzen aufträten. Die Schmerzen seien jeweils nur sehr kurz und einschliessend. Bei Normalstellung des Armes würden sie sofort verschwinden. Befragt nach dem arbeitsbezogenen Beschwerdebild gebe die Versicherte an, dass ihre Arbeit nicht schwer sei. Sie könne problemlos alle Bewegungen ausführen, die zum Schleifen der kleinen Teile nötig seien. Sie werde aber jeweils sehr schnell müde. Sie habe auch extreme Beschwerden mit dem Rücken und grosse Schmerzen im rechten Fuss. Im Übrigen bestehe seit ein paar Monaten eine gemischte Stress- / Urgeinkontinenz. Sie fühle sich dadurch jedoch nicht gestört.

Die gutachterliche Untersuchung haben unauffällige Befunde hinsichtlich der Brustdrüse und reizlose Narben ergeben. Es bestünden keine Hinweise für eine Nervenschädigung und kein klinisches Zeichen für ein Lymphödem. Die Beweglichkeit des rechten Armes sei insofern eingeschränkt, als eine Elevation nur bis kurz über die Horizontale möglich sei. Dann müsse die Versicherte wegen Schmerzen abbrechen. Der letzte gynäkologische Untersuch mit Krebsabstrich habe im Vormonat (5/2024) beim behandelnden Gynäkologen stattgefunden, weshalb keine gynäkologische Untersuchung erfolge.

Im Rahmen seiner Beurteilung führt Dr. med. P.____ aus, die Versicherte klagt über ziehende Schmerzen in der rechten Axilla, zum Teil auch rechten Thoraxwand, beim Bücken oder Heben von Lasten. Sie gebe gleichzeitig an, durch diese Beschwerden in ihrer jetzigen Tätigkeit nicht behindert zu sein. Da die Versicherte selber angebe, auf gynäkologischer Seite keinerlei Beschwerden zu haben, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, sei das Belastungsprofil auf gynäkologischer Seite somit nicht beeinträchtigt.

Nach dem Gesagten überzeugt das gutachterliche Ergebnis von Dr. med. P.____, wonach aus gynäkologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Auf das gynäkologische Teilgutachten ist demnach ebenfalls abzustellen.

5.7 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der C.____-Gutachter zu überzeugen. Im Konsens kommen die Begutachtenden überein, dass die bisherige Tätigkeit aus interdisziplinärer Sicht seit Mitte Januar 2022 zu 70 % zumutbar sei. Auch eine dem Belastungsprofil angepasste Tätigkeit sei ab Mitte Januar 2022 zu 70 % möglich. Der interdisziplinären Begründung lässt sich entnehmen, dass auf dem allgemein-internistischen, dem neurologischen und dem gynäkologischen Fachgebiet keine Funktionseinschränkungen vorlägen. Solche resultierten aus den Erkrankungen des Bewegungsapparates. Seitens der rheumatologischen Beurteilung ergebe sich eine leichte bis mittelgradige Reduktion der Belastbarkeit des Achsen skelettes und eine leichte bis knapp mittelgradige Reduktion der Belastbarkeit des rechten Vorfusses, dies vor allem für Tätigkeiten im Stehen und Gehen. Ferner bestehe eine leichte Dekonditionierung, begründet durch eine schmerzbedingte Reduktion der körperlichen Aktivität. Für die aktuelle Arbeitstätigkeit, die von der Versicherten als leicht beschrieben werde und bei der die Möglichkeit zu Wechselpositionen bestehe, könne man aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % annehmen. Aus orthopädischer Sicht werde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % angenommen. Die geringfügig höher eingeschätzte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht im Vergleich zur orthopädischen Perspektive lasse sich durch die zusätzliche rheumatologische Diagnose des fibromyalgiformen, generalisierten Weichteilschmerzsyndroms erklären. Die psychiatrische Diagnose der Schmerzstörung überlappe sich mit der rheumatologischen Diagnose des Weichteilschmerzsyndroms, wobei die daraus resultierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im rheumatologischen Gutachten berücksichtigt werde. Diese interdisziplinäre Beurteilung erscheint schlüssig und leuchtet mit Blick auf die soeben gewürdigten Teilgutachten ein. Sie ist daher nicht zu beanstanden.

5.8 Damit lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die vorliegend zu beurteilende Expertise der C.____ vom 27. August 2024 aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, weshalb ihr volle Beweiskraft zuzuerkennen ist. Damit beträgt die Arbeitsfähigkeit der Versicherten 70 % ab Januar 2022.

6. Zu prüfen ist somit der Invaliditätsgrad.

6.1 Die Beschwerdeführerin arbeitet nach wie vor in ihrer angestammten Tätigkeit als Werkzeugschleiferin, wobei ihr Arbeitsplatz einer optimal angepassten Tätigkeit entspricht. Wie die Vorinstanz zutreffend feststellt, kann der Invaliditätsgrad daher durch den sogenannten Prozentvergleich ermittelt werden. In Konstellationen wie der vorliegenden, in

welcher die angepasste Tätigkeit dem bisherigen Beruf entspricht, ist rechtsprechungsgemäss der Prozentvergleich als Variante des Einkommensvergleichs zulässig. Dabei ist das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Einkommen mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen gegebenenfalls auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (Urteil des Bundesgerichts 8C_55/2023 vom 11. Juli 2023 E. 4.5.3 mit Hinweisen).

6.2 Wie vorstehend dargelegt, ist die Beschwerdeführerin ab Januar 2022 in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. Da vorliegend der Invaliditätsgrad ausnahmsweise dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht, beträgt der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin somit 30 %. Damit wird der Grenzwert für den Anspruch auf eine Invalidenrente nicht erreicht.

7. Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass die Beschwerdeführerin auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von 30 % keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Die Beschwerde ist abzuweisen.

Demnach widerkannt:

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 Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Baltermia-Wenger

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