

SO_GERICHTE VSBES.2015.120 vom 1. September 2017

SO Obergericht, 2017-09-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.120_d20170901

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.120 du 1 septembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.120 del 1 settembre 2017

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

ff.) ab.

2. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 4. Mai 2015 Beschwerde erheben (A.S. 3 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 19. März 2015 sei aufzuheben.

2.a) Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten, unter Einschluss mindestens der psychiatrischen Fachrichtung, durchzuführen.

b) Eventualiter: Es sei die Beschwerdesache zur medizinischen und beruflich-erwerbs-bezogenen Neuabklärung und -verfügung an die IV-Stelle Solothurn zurück zu weisen.

c) Subeventualiter: Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen IV-Rentenleistungen (berufliche Eingliederung, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins von 5 % auszurichten.

3. Dem unterzeichneten Rechtsanwalt sei wegen kurzfristiger Mandatierung und bis heute fehlenden Akten eine Frist von 30 Tagen zur Ergänzung der Beschwerdebegründung anzusetzen.

4. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.

5. Der Beschwerdeführerin sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsbeistandung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

3. Mit Beschwerdeantwort vom 24. August 2015 (A.S. 29 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reicht das von der Basler Versicherung veranlasste Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 4. Mai 2014 ein.

4. Mit Verfügung vom 1. September 2015 (A.S. 31 f.) wird der Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.

5. Mit Replik vom 26. Oktober 2015 (A.S. 39 ff.) verweist die Beschwerdeführerin auf ihre bereits gestellten Rechtsbegehren und nimmt zum Gutachten von Dr. med. E.____ Stellung.
6. Mit Eingabe vom 9. Dezember 2015 (A.S. 52 ff.) reicht die Beschwerdeführerin den Bericht des behandelnden Psychiaters der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 24. November 2015 ein.
7. Mit Duplik vom 18. Dezember 2015 (A.S. 55 f.) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen und reicht eine Aktennotiz von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 10. Dezember 2015 (A.S. 57 f.) sowie einen Bericht von Dr. med. H.____, Chefarzt Neurologie, und I.____, Neuropsychologin und Psychologin FSP, vom 13. März 2013 (A.S. 59 ff.), betreffend die testpsychologische Untersuchung vom 5. März 2013 ein.
8. Mit Eingabe vom 17. Februar 2016 (A.S. 70 ff.) lässt sich die Beschwerdeführerin abschliessend vernehmen und beantragen, es sei die Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 18. Dezember 2015 an Dr. med. F.____, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Bielstrasse 2, 2540 Grenchen, zur Stellungnahme zuzustellen und es sei bei diesem ein Verlaufsbericht ab Dezember 2015 einzuholen.
9. Mit Schreiben vom 14. August 2017 (A.S. 82) zieht die Beschwerdeführerin ihren Antrag, es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen, zurück.
10. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

II.

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

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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 die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 3

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 BGer 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).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin sei die Beschwerdegegnerin aufgrund der Ergebnisse eines von ihr organisierten und begleiteten Arbeitsversuchs (D.____, Solothurn) in der Zeit vom 22. April bis 30. September 2014 davon ausgegangen, dass die Versicherte eine volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangt habe und rentenausschliessend eingegliedert sei. Davon sei nun aber aufgrund des Verlaufs danach nicht auszugehen. Vielmehr sei die Beschwerdeführerin in der anschliessenden Beschäftigung bei der Firma J.____ überfordert gewesen und habe dekompenziert, sodass sie die Arbeitsstelle in der Probezeit resp. am 16. Januar 2015 habe kündigen müssen. Fachärztlich-psychiatrisch sei eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Die Beschwerdeführerin befinde sich andauernd in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. F.____. Es habe eine andauernde depressive Episode bestanden. Damit sei eingetreten, was Dr. med. E.____ auf Seite 46 seines Gutachtens festgehalten habe, nämlich, dass es zu einem Rückfall kommen könne. Damit bestünde eine rezidivierende depressive Störung. Zudem vermöge das Gutachten von Dr. med. E.____ nicht restlos zu überzeugen. So sei der Ausschluss der in den Vorberichten gestellten Diagnosen nicht überzeugend und kriterienorientiert widerlegt worden. Die im Bericht von Dr. med. H.____ und der Neuropsychologin Frau I.____ vom 13. März 2013 gestellte Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) könne nicht einfach durch das selektive Verneinen einer «erheblichen Abweichung im Denken, Fühlen und Wollen mit Beginn in ihrer Kindheit und Jugend» negiert werden. Hierbei handle es sich um die allgemeinen diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 F60 für eine Persönlichkeitsstörung, nicht um die spezifischen gemäss F60.3. Bei den besagten allgemeinen Kriterien seien fremdanamnestische Informationen notwendig, zumal die Betroffenen dazu neigen würden, zu dissimulieren resp. die Anamnese zu beschönigen. In einem kurzen Rahmen wie in einem Taggeldgutachten lasse sich eine Persönlichkeitsstörung auch nur schwer bestätigen oder ausschliessen. Die Feststellungen zu obigen und den anderen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung bedürften weit mehr Informationsquellen als sie dem Gutachter zur Verfügung gestanden hätten. Als «allgemeine Richtlinie» gelte, dass «mehr als ein Interview mit den Betroffenen sowie Fremdanamnesen und Fremdb Berichte vorliegen sollten» (vgl. statt vieler H. Dilling, H.J. Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen, 7. Überarbeitete Auflage entsprechend ICD-10 German Modification, 2014, S. 236). Weder habe Dr. med. E.____ mehr als ein Interview durchgeführt, noch lägen ihm genügend fremdanamnestische Informationen zugrunde, als dass er in der Lage wäre, sich lege artis mit der vordiagnostizierten Persönlichkeitsstörung auseinander zu setzen. Des Weiteren sei das Gutachten von Dr. med. E.____ nicht von der Invalidenversicherung in Beachtung der Mitwirkungsrechte gemäss BGE 137 V 210 eingeholt worden. Es genügte daher bereits relativ geringe Zweifel an der Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit dieses Gutachtens, damit eine neue externe (Gerichts-) Expertise anzuordnen sei. Die Verwaltung stütze sich plötzlich nicht nur auf eine medizinische Expertise ab, welche zuvor nicht Gegenstand des

Abklärung- und Vorbescheidverfahrens gewesen sei, sondern sei auch nicht im Besitz der von Dr. med. E.____ gelisteten massgeblichen Akten, so beispielsweise des Berichts von Dr. med. H.____ und der Neuropsychologin Frau I.____ vom 13. März 2013. Damit liege eine Verletzung der Aktenführungspflicht gemäss Art. 46 ATSG sowie eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor (Art. 42 ATSG, Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 6 Ziff. 1 EMRK), welche nicht im Beschwerdeverfahren geheilt werden könne. Dem Bericht von Dr. med. F.____ vom 24. November 2015 sei zu entnehmen, dass seit dem 4. Februar 2015 (Behandlungsbeginn) das Vorliegen einer aktuell mittelgradigen depressiven Störung bestätigt werde, weshalb bezogen auf den Verfügungszeitpunkt vom 19. März 2015 diese arbeitsrelevante Diagnose nicht rechtskonform negiert werden könne. Ebenfalls festgehalten werde von Dr. med. F.____ das Vorliegen einer ausgeprägten Angststörung sowie als Verdachtsdiagnose eine Persönlichkeitsstörung mit dependenten, ängstlich-vermeidenden Anteilen, welche sich in der weiteren Beobachtung allenfalls bestätigen könne. Die Beschwerdegegnerin behauptete, dass gemäss Bericht von Dr. med. F.____ ab Dezember 2015 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit der Versicherten erreicht sei. Sie berufe sich diesbezüglich auf den Bericht von Dr. med. F.____ vom 24. November 2015. Solches lasse sich diesem Bericht jedoch so nicht entnehmen. Insbesondere sei aus dem Bericht nicht eine dauerhafte Remission zu entnehmen. Eine Prognose werde nicht gestellt. Es werde im Bericht vom 24. November 2015 eine (andauernde) rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig, ICD-10 F33.1, als Diagnose gestellt und ausgeführt, dass aktuell bei bestehender Depression die ADHS Diagnose nicht zu überprüfen sei.

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat.

E. 4

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.

E. 5

5.1 Vorab ist die Frage zu klären, ob die Rüge der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe die Aktenführungspflicht (Art. 46 ATSG) sowie das rechtliche Gehör verletzt, berechtigt ist. Die Beschwerdeführerin bringt in diesem Zusammenhang vor, die Verwaltung stütze sich plötzlich nicht nur auf eine medizinische Expertise ab, welche zuvor nicht Gegenstand des Abklärungs- und Vorbescheidverfahrens gewesen sei, sondern sei auch nicht im Besitz der von Dr. med. E.____ gelisteten massgeblichen Akten, so beispielsweise des Berichts von Dr. med. H.____ und der Neuropsychologin Frau I.____ vom 13. März 2013. Damit liege eine Verletzung der Aktenführungspflicht gemäss Art. 46 ATSG sowie eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor (Art. 42 ATSG, Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 6 Ziff. 1 EMRK), welche nicht im Beschwerdeverfahren geheilt werden könne.

E. 5.2

5.2.1 Gemäss Art. 46 ATSG hat der Versicherungsträger alle Unterlagen, die für das Sozialversicherungsverfahren massgeblich sein können, systematisch zu erfassen. Dabei hat die Aktenführung von Amtes wegen zu erfolgen (BGE 124 V 376). Unter dem Begriff der Unterlagen ist alles gemeint «was zur Sache gehört» (vgl. BGE 124 V 376 a.a.O.), namentlich Unterlagen der Parteien (z.B. Anmeldungen, Begehren oder Stellungnahmen) (BGE 124 V 375 f.), verwaltungsintern erstellte Berichte und Gutachten (z. B. Stellungnahmen von internen ärztlichen Diensten, von Vertrauensärzten oder von sonstigen

Spezialisten; vgl. BGE 115 V 303 ff), Ergebnisse der Abklärungen (z.B. beigezogene Akten, angeforderte Berichte und Gutachten, Telefonnotizen, Röntgenbilder und Computertomogramme oder Protokolle). Das entscheidende Kriterium für die Massgeblichkeit ist die objektive Bedeutung eines Aktenstückes. Von der Aktenführungspflicht betroffen sind insoweit sämtliche Unterlagen, die geeignet sind, bei der Entscheidfällung in Betracht zu fallen und insoweit eine entscheidungswesentliche Sachverhaltsdarstellung enthalten können. Von Bedeutung ist, dass die Aktenführungspflicht nicht voraussetzt, dass die Massgeblichkeit der Unterlage bereits feststeht. Vielmehr erstreckt sie sich auf alle Unterlagen, die ■ prospektiv beurteilt ■ massgeblich sein können. Weil im Zeitpunkt, da sich die Frage nach der aktenmässigen Erfassung einer Unterlage stellt, in der Regel nicht feststeht, welches die entscheidungsrelevanten Informationen sein werden, bedeutet dies, dass grundsätzlich jede Unterlage in die Akten aufzunehmen ist. Massgebend ist die Festlegung, dass es sich um eine systematische Aktenführung handeln muss. Dies setzt voraus, dass die Aktenführung nach festgelegten, allgemeinen sachgerechten und zweckgemässen Kriterien erfolgen muss und zwar so, dass ein Nachweis der Verwaltungstätigkeit möglich ist und nachvollzogen werden kann (zum Ganzen: Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2015, 3. Auflage, S. 616 ff.).

5.2.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung; andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisunterlagen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 f. mit zahlreichen Hinweisen). Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst mithin als zentralen Teilgehalt das Recht auf Akteneinsicht. Eine notwendige Bedingung für dessen Wahrnehmung sowie für die Ausübung des damit in engem Zusammenhang stehenden Rechts auf Äusserung besteht darin, dass die Behörde die Parteien davon in Kenntnis setzt, wenn sie dem Dossier neue Akten beifügt, die für die Entscheidungsfindung wesentlich sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2011, 8C_1030/2010, E. 2.2, mit Hinweisen).

5.3 Ob eine Verletzung der Aktenführungspflicht gegeben ist, kann offengelassen werden, da selbst eine bejahte Verletzung der Aktenführungspflicht im vorliegenden Verfahren nicht von Belang wäre. So könnte dies lediglich bezüglich der fehlenden Akten zu einer Umkehr der (objektiven) Beweislast führen (vgl. Kieser, a.a.O., N. 11 zu Art. 46), was, nachdem die betreffenden Akten von der Beschwerdegegnerin dem Versicherungsgericht eingereicht wurden, nicht von praktischer Relevanz ist. Dass die Beschwerdegegnerin allenfalls, wie von der Beschwerdeführerin gerügt, wesentliche Akten nicht zur Entscheidungsfindung beigezogen hat und damit möglicherweise ihre Untersuchungspflicht verletzt und ihren Entscheid auf einen unvollständigen Sachverhalt abgestützt hat, wird zudem im vorliegenden Urteil im Rahmen der Beweiswürdigung zu prüfen sein.

Sodann ist, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, eine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu verneinen. So ist die Behauptung der Beschwerdeführerin, die Verwaltung stütze

sich plötzlich auf eine medizinische Expertise ab, welche zuvor nicht Gegenstand des Abklärungs- und Vorbescheidverfahrens gewesen sei, nicht korrekt. Die Beschwerdegegnerin hält im angefochtenen Entscheid fest, der Beschwerdeführerin sei ab 16. April 2014 wieder jegliche Tätigkeit in einem vollen Pensum zumutbar. Dies entspricht zwar inhaltlich dem Gutachten von Dr. med. E.____, welcher die Beschwerdeführerin am 16. April 2014 untersuchte (vgl. Gutachten von Dr. med. E.____ vom 4. Mai 2014). Die Beschwerdegegnerin entnahm die diesbezüglichen Informationen laut ihren Angaben in der Beschwerdeantwort einem Schreiben der Basler Versicherung vom 16. Mai 2014, worin festgehalten wurde, dass die Taggeldleistungen per 30. Juni 2014 eingestellt würden (IV-Nr. 44; s. auch Abschlussbericht der Eingliederungsfachfrau der IV-Stelle vom 24. November 2014, IV-Nr. 56). Dies wurde von der Beschwerdegegnerin zudem so bereits mit gleichem Wortlaut im Vorbescheid erwähnt, weshalb insoweit keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegen kann. Nachdem somit nicht gesagt werden kann, die Beschwerdegegnerin habe sich bei ihrem Entscheid auf Akten gestützt, die der Beschwerdeführerin nicht bekannt waren, ist eine Verletzung des rechtlichen Gehörs demnach nicht gegeben.

6. Bezüglich der Streitfrage, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat, sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

6.1 Im Bericht von Dr. med. H.____, Chefarzt Neurologie, und I.____, Neuropsychologin und Psychologin FSP, vom Spital L.____, vom 13. März 2013 (A.S. 59 ff.), betreffend die testpsychologische Untersuchung vom 5. März 2013 wurde ausgeführt, als medizinische Vorgeschichte werde gemäss den Angaben des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.____, eine Erschöpfungsdepression (F32.9) sowie eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) erwähnt. Im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen bestünden bei der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere Gedächtnisschwierigkeiten (Lernen und Abrufdefizite). Zudem stünden Beeinträchtigungen in Bereichen der Aufmerksamkeit im Vordergrund (Leistungsschwankungen, geteilte Aufmerksamkeit, reduzierte Fehlerkontrolle). Es handle sich um ein unspezifisches Leistungsprofil. Anamnestisch gebe es keine Hinweise auf eine Erkrankung des ZNS, weshalb davon auszugehen sei, dass die objektivierten Defizite nicht durch eine erworbene hirnorganische Pathologie erklärbar seien. Die in der aktuellen Testung objektivierten Defizite gäben keinen Hinweis auf eine spezifische Aetiologie. Sie wären mit einem ADHS vereinbar, seien möglicherweise aber im Rahmen der depressiven Symptomatik und/oder des jahrelangen Cannabisabusus mit erklärbar. Es bestehe ein Verdacht auf eine ADHS-Symptomatik. Für die Diagnose sprächen verschiedene Symptome, die subjektiv mittel bis schwer ausgeprägt seien (nicht zuhören können, Gegenstände verlieren, Vergesslichkeit). Zudem bestünden diese Defizite aufgrund anamnestischer Angaben seit der Kindheit. Das Gefühl der inneren Unruhe und der damit verbundene Cannabiskonsum zur «Selbstmedikation» könnten ebenfalls für ein ADHS sprechen. Gegen die Diagnose spreche das Fehlen von Funktionseinschränkungen (gute Schulleistungen und unauffälliges Betragen in der Primarschule). Die im Vordergrund stehende emotionale Instabilität und die im Hintergrund stehenden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen in der Kindheit sprächen ebenfalls eher nicht für ein ADHS. Ausserdem seien im Fragebogenverfahren aktuell die Kriterien für ein ADHS nicht vollumfänglich erfüllt.

6.2 Im Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, vom 22. Mai 2013 (IV-Nr. 20.5) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin leide an einer Erschöpfungsdepression, zudem bestehe eine emotional instabile Persönlichkeit sowie ein Verdacht auf ADHS. Vom klinischen Eindruck her bestehe weiterhin eine depressive Symptomatik. Die erhobenen Befunde ■ innere Unruhe, nicht zuhören können, Gegenstände verlieren, Vergesslichkeit, Tagesmüdigkeit, Konzentrationsschwäche, Schlaflosigkeit ■ liessen auch an eine ADHS-Symptomatik denken. Sie sei seit dem 3. Oktober 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. Unter Ritalin und psychotherapeutischer Betreuung habe sich die Situation soweit stabilisiert, dass im Sommer allenfalls eine Teilarbeitsfähigkeit in Betracht gezogen werden könne. Allerdings sieht Dr. med. C.____ keinen höheren Beschäftigungsgrad als 30 bis maximal 50 %.

6.3 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____ vom 4. Mai 2014 wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-Keine.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

-(Akten-)Anamnestisch Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung (F90.0)

-(Akten-)Anamnestisch depressive Episode, aktuell weitgehend remittiert (F32.4)

-Abhängigkeitssyndrom von Tabakwaren, gegenwärtiger Substanzgebrauch (F17.24)

-(Akten-)Anamnestisch Abhängigkeitssyndrom von Cannabinoiden, gegenwärtig abstinent (F12.20)

-(Akten-)Anamnestisch schädlicher Gebrauch von psychotrop wirksamen Substanzen im Sinne einer Polytoxikomanie (F19.1)

Gegenwärtig könne aus gutachterlicher Sicht keine depressive Episode (ICD-10: F32) mehr festgestellt werden. Unter Berücksichtigung der feststellbaren psychopathologischen Befunde, der Angaben zum Tages- und Wochenablauf resp. ihrer Aktivitäten, die in Anlehnung an das Mini-ICF-APP erhoben worden seien und ihrer Beschwerdeschilderung, könne keine Einschränkung mehr festgestellt werden. Es sei somit von einer weitgehenden Remission (ICD-10: F32.4) der depressiven Episode auszugehen. Diese remittierte Störung begründe aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit. Diese Einschätzung sei ab dem Untersuchungstermin am 16. April 2014 gültig. Die Prognose einer depressiven Episode sei grundsätzlich gut; aus medizinisch-ethischen Gründen sei gleichwohl eine integrierte, Leitlinien-orientierte Behandlung empfehlenswert, insbesondere um einen Rückfall zu vermeiden. Es sei zwar eine Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung (ICD-10: F 90.0) möglicherweise in der Kindheit und Jugend der Versicherten vorhanden gewesen; aktuell sei diese Störung jedoch klinisch-phänomenologisch nicht auffällig resp. explorierbar gewesen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne somit aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht begründet werden. Somit könne per 16. April 2014 (Datum der Exploration) aus versicherungspsychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit, eine sog. «Verweistätigkeit» und den «Haushalt» angenommen werden.

6.4 Im Abschlussbericht vom 24. November 2014 (IV-Nr. 56) wurde von der Eingliederungsfachfrau der Beschwerdegegnerin festgehalten, die Beschwerdeführerin habe

ihre Stelle als Küchenhilfe 100 % im Restaurant K.____ in Subingen per Februar 2013 wegen psychischen Problemen verloren. Die Klientin sei eine alleinerziehende Mutter einer 9-jährigen Tochter. Die Auflage der Beschwerdeführerin, drogenfrei zu sein, habe die Klientin am 20. Februar 2014 erfüllt. Im Rahmen der Beruflichen Eingliederung habe sie vom 22. April bis 30. September 2014 einen Arbeitsversuch als Küchenhilfe im Restaurant D.____ in Solothurn absolvieren können. Während dieser Zeit habe sie wieder ihre volle Arbeitsfähigkeit zurückerlangt. Die Beschwerdeführerin sehe sich wieder voll arbeitsfähig. Ihr Wunschkensum liege bei einem 60 % Pensum wegen der Betreuung ihrer Tochter. Sie nehme noch einmal pro Monat einen Termin bei Frau M.____, lic. phil. Psychologin, wahr. Im Schreiben der Basler Versicherung vom 16. Mai 2014 stehe, dass im Bericht von Dr. med. E.____ aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr nachvollzogen werden könne und die Taggeldzahlung somit per 30. Juni 2014 eingestellt worden sei. Die Beschwerdeführerin habe im Arbeitsversuch eine konstante und gute Leistung erbracht. Der Arbeitgeber habe sich sehr positiv gegenüber ihrem Verhalten im Team wie auch ihrer Leistungsfähigkeit geäußert. Die berufliche Eingliederung werde abgeschlossen; auch ohne Vermittlung, da auf Grund der Gesundheitschreibung kein Anspruch mehr auf Unterstützung bestehe. Die Beschwerdeführerin besitze genügend Ressourcen, sich selber für eine Anstellung zu bewerben. Sie habe sich für den weiteren Leistungsbezug beim RAV angemeldet.

6.5 Der behandelnde Psychiater Dr. med. F.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. November 2015 (Beilage 7 der Beschwerdeführerin) eine rezidivierende depressive Episode, aktuell mittelgradig, ICD-10 F33.1 und eine Agoraphobie, ICD-10 F40, im Rahmen der Depression. Das Ritalin werde vorerst weitergeführt, obwohl die Diagnose ADHS durch das Spitalzentrum L.____ nicht klargestellt worden sei. Aktuell bei bestehender Depression sei die ADHS-Diagnose nicht zu überprüfen. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 4. Februar 2015 in der Praxis von Dr. med. F.____ in Behandlung. Seither seien 26 Termine vereinbart worden, wobei ca. die Hälfte der Termine nicht wahrgenommen worden seien (überwiegend Nichterscheinen, aber auch kurzfristige Terminabsagen, auch durch Angehörige). Die Patientin habe zu Beginn berichtet, depressive Symptome, emotionale Überreaktionen, Wutausbrüche, Aggression und Angstzustände zu haben. Aktuell seien die Symptome remittiert. Im Rahmen der Depression habe sich auch eine ausgeprägte Angststörung gezeigt, wobei die Patientin nicht zu den Terminen erschienen sei und teilweise nur unter Begleitung die Wohnung habe verlassen können. Der Verdacht sei auch auf eine Persönlichkeitsstörung mit dependenten, ängstlich-vermeidenden Anteilen, gefallen, wobei die Patientin zu Beginn eher mit emotionaler Instabilität und Aggression imponiert habe. Auch das Nichterscheinen an den Terminen lasse sich nicht durch eine reine Angststörung erklären. Im Verhalten wirke die Patientin kindlich und häufig überfordert mit der Situation. Aufgrund der kurzen Beobachtungsperiode ordnet Dr. med. F.____ die Verhaltensauffälligkeiten den oben genannten Diagnosen zu. Bei aktuell remittierter Depression attestiert er eine Arbeitsfähigkeit ab Dezember zu 100 %.

6.6 In der Stellungnahme von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom RAD, vom 10. Dezember 2015 (A.S. 57) wurde ausgeführt, bezüglich der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung F60.3 sei festzuhalten, dass diese im Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung vom 13. März 2013 (Neurologie Spital L.____) dem Überweisungsschreiben des Hausarztes entnommen und nicht aufgrund der Untersuchungsergebnisse von Dr. med. E.____ gestellt worden sei.

Zudem hätten dem Gutachter genügend Informationen zur Verfügung gestanden, um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu verwerfen oder zu bejahen. Seine Beurteilung, wonach zu wenige Indizien für eine Persönlichkeitsproblematik von Relevanz bezüglich der Arbeitsfähigkeit sprächen, sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht zutreffend. Es treffe zwar zu, dass die Beschwerdegegnerin unter anderem nicht im Besitz des Berichts der Neurologie Spital L.____ (H.____/I.____) gewesen sei, doch würden in besagtem Bericht keine Fakten festgehalten, die den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. E.____ schmälern würden. Die erhobenen neuropsychologischen Einschränkungen würden als im Rahmen der depressiven Symptomatik und/oder des jahrelangen Cannabisabusus erklärbar bezeichnet. Zudem habe die Verdachtsdiagnose einer ADHS-Symptomatik nicht bestätigt werden können (siehe Beurteilung auf Seite 3 des Berichts vom 13. März 2013). Die anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung noch bestehende depressive Episode sei zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. E.____ rund ein Jahr später weitgehend remittiert gewesen.

7. Auch, wenn sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid nur indirekt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____ vom 4. Mai 2015 abstützte, stellt dieses im vorliegenden Fall eine mögliche Entscheidungsgrundlage dar, weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass dieses die beweisrechtlichen Anforderungen, welche von der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten gestellt werden, erfüllt. So ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein.

Dr. med. E.____ stützt seine Beurteilung auf eine umfassende Befund- und Anamneseerhebung (S.12 ff. des Gutachtens) und setzt sich eingehend mit den Vorakten und den darin gestellten Diagnosen auseinander (S. 30 ff. des Gutachtens). Gemäss den einleuchtenden Darlegungen des Gutachters konnten im Rahmen der Exploration keine klinisch phänomenologischen Aspekte für eine Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ICD-10: F90.0) festgestellt werden. So lägen keine verwertbaren Akten aus der Kindheit und Jugend der Versicherten vor, die geeignet wären, diese Diagnose zu erhärten. In einem Beitrag von Hausotter (Hausotter W., ADHS als Begutachtungsproblem bei Erwachsenen, Versicherungsmedizin 64 (2012), Heft 4, p. 186 - 189, resp. Versicherungsmedizin 65 (2013), Heft 1, S. 20 - 23) werde dazu festgehalten, dass die Diagnose im Erwachsenenalter oft schwierig zu stellen sei, da die Symptome unspezifisch erscheinen würden und von anderen Störungen manchmal schwierig abzugrenzen seien. Es müsse grundsätzlich aus der Anamnese hervorgehen, dass bereits Symptome einer ADHS im Kindesalter vorgelegen hätten, egal ob diagnostiziert oder auch behandelt. Ohne Hinweise auf eine ADHS im Kindesalter könne die Diagnose bei Erwachsenen nicht gestellt werden. Auch aktuell seien unter einer stimulierenden Medikation mit Ritalin und CipraleX keine Störungen der Aufmerksamkeit, der Auffassung, der Konzentration und der Psychomotorik, resp. ihrer Interaktion (z.B. durch ein hastiges Unterbrechen des Gesprächs, etc.) feststellbar.

Des Weiteren legt Dr. med. E.____ gestützt auf seine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung überzeugend dar, dass gegenwärtig keine depressive Episode (ICD-10: F 32) mehr festgestellt werden könne. Unter Berücksichtigung der feststellbaren psychopathologischen Befunde, der Angaben zum Tages- und Wochenablauf resp. ihrer

Aktivitäten, die in Anlehnung an das Mini-ICF-APP erhoben worden seien und ihrer Beschwerdeschilderung, könne keine Einschränkung mehr festgestellt werden. Es sei somit von einer weitgehenden Remission (ICD-10: F32.4) der depressiven Episode auszugehen. Dies bestätigte sich zudem auch durch die testpsychologischen Befunde. Gemäss Dr. med. E.____ habe die Beschwerdeführerin in der Fremdbeurteilungsskala MADRS einen Gesamtwert von 1 (von 60 möglichen) Punkt erreicht, der sich aus folgenden Items errechne: Sichtbare Traurigkeit (0), berichtete Traurigkeit (0), innere Spannung (1), Schlaflosigkeit (0), Appetitverlust (0), Konzentrationsschwierigkeiten (0), Untätigkeit (0), Gefühllosigkeit (0), pessimistische Gedanken (0), Selbstmordgedanken (0). Dieser Wert weise somit auf eine geringe (psychische) Belastung hin. Objektiv habe kein relevanter psychopathologischer Befund bestanden, der eine höhere Bewertung der einzelnen Items der MADRS erlaube hätte. Der erreichte Wert erlaube keine Diagnosestellung nach ICD-10.

Sodann setzt sich Dr. med. E.____ schlüssig mit der in den Vorakten thematisierten Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.3) auseinander. Eine solche könne bei der Versicherten weder anhand der vorhandenen Aktenlage, noch unter Berücksichtigung ihrer Angaben im Rahmen der aktuellen Exploration nachvollzogen werden. So seien keine Hinweise auf eine im zeitlichen Verlauf stabile, erhebliche Abweichung im Denken, Fühlen und Wollen mit Beginn in ihrer Kindheit und Jugend vorhanden; im Gegenteil sei der Versicherten eine angemessene schulische Entwicklung gelungen. Sie sei bei Kollegen integriert und in einem Reitsportverein engagiert gewesen. Erhebliche zwischenmenschliche Friktionen seien nicht aufgetreten. Eine Ausbildung sei ihr nach dem Schulabschluss jedoch nicht gelungen; gleichwohl habe sie mehrere Jahre als Hilfsarbeiterin in der Produktion von Fassadenelementen und als Hilfsköchin resp. Restaurantangestellte gearbeitet, bis sie aufgrund des Unfalltodes ihres Freundes resp. der Geburt ihrer Tochter diese Tätigkeiten beendet habe. Die Versicherte verneine zudem «typische Aspekte» einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung wie Selbstverletzungen, «chronische Suizidalität», «streitsüchtiges Verhalten», innere Leere, etc. und insbesondere auch erhebliche zwischenmenschliche Probleme. Zusammenfassend sei daher eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6) bei der Versicherten nicht angemessen ausgewiesen; es fehlten insbesondere die erhebliche Abweichung im Denken, Fühlen und Wollen, auch sei keine ungewöhnliche, gesteigerte zwischenmenschliche Interaktionsstörung nachvollziehbar.

An den diesbezüglichen beweiswertigen Ausführungen von Dr. med. E.____ vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. So wurde die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung in den Vorakten bislang nicht fachgerecht gestellt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin stammt diese Diagnose auch nicht aus dem Bericht von Dr. med. H.____ und der Neuropsychologin Frau I.____ vom 13. Mai 2013. In diesem Bericht wird die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung lediglich unter «Medizinische Vorgeschichte gemäss Ihren Angaben» aufgeführt, womit man sich wohl auf die Angaben des überweisenden Hausarztes Dr. med. C.____ beziehen dürfte. Eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung wurde in der Folge von Dr. med. H.____ und der Neuropsychologin Frau I.____ jedoch nicht diagnostiziert. Des Weiteren wird die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.____ vom 24. November 2015 thematisiert. Aber auch er spricht lediglich von einem Verdacht, ohne dies weiter zu begründen. Angesichts dessen, dass die

Persönlichkeitsstörung vorliegend lediglich eine nicht näher begründete Verdachtsdiagnose darstellt, kann diese nicht als erstellt gelten. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sich Dr. med. E.____ in seinem Gutachten, wie von der Beschwerdeführerin gerügt, nicht mit den konkreten Kriterien einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60.3 auseinandersetzt, sondern sich in seiner Begründung allgemein auf die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60 bezieht. Insofern die Beschwerdeführerin des Weiteren rügt, zur Feststellung einer Persönlichkeitsstörung bedürfte es weiterer Informationen und mehrerer gutachterlicher Interviews, ist anzumerken, dass das Gutachten von Dr. med. E.____ sowohl hinsichtlich der Untersuchungsdauer (2 Stunden und 10 Minuten) als auch bezüglich der Anamnese- und Befunderhebung sehr umfangreich ausgefallen ist. Zudem vermochten auch Dr. med. F.____ bzw. die Psychologin lic. phil. N.____, welche gemäss Bericht vom 24. November 2015 mit der Beschwerdeführerin im Jahr 2015 schätzungsweise 13 Therapiesitzungen durchführten (vgl. Bericht vom 24. November 2015: «Seither wurden 26 Termine vereinbart, wobei ca. die Hälfte der Termine nicht wahrgenommen wurden»), lediglich den Verdacht auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung zu äussern. Es ist damit nicht davon auszugehen, dass mehrere gutachterliche Interviews diesbezüglich weitere Erkenntnisse gebracht hätten.

8. Nachdem auf das beweismässige Gutachten von Dr. med. E.____ abgestellt werden kann und demnach davon auszugehen ist, dass bei der Beschwerdeführerin ab dem 16. April 2014 keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestand, ist weiter zu prüfen, ob es bei der Beschwerdeführerin zwischen der Begutachtung (Untersuchungszeitpunkt: 16. April 2014) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. März 2015 wiederum zu einer leistungsbegründenden gesundheitlichen Verschlechterung gekommen ist.

In den vorliegenden Akten gibt es keine Hinweise dafür, dass bei der Beschwerdeführerin bis zu der von Dr. med. F.____ ab dem 4. Februar 2015 attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. Beilage 4 der Beschwerdeführerin) eine relevante gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist. So wurde im Abschlussbericht vom 24. November 2014 (IV-Nr. 56) betreffend den Arbeitsversuch vom 22. April 2014 - 30. September 2014 festgehalten, die Beschwerdeführerin habe während dieser Zeit wieder ihre volle Arbeitsfähigkeit zurückerlangt und sehe sich wieder voll arbeitsfähig. Sie habe im Arbeitsversuch eine konstante und gute Leistung erbracht. Dies wird denn auch von Seiten der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Dass die Beschwerdegegnerin den Fall mit Verfügung vom 19. März 2015 abschloss, kann ihr denn auch nicht vorgeworfen werden, nachdem die Beschwerdeführerin gegen den Vorbescheid vom 2. Februar 2015 keine Einwände erhob. Wie die Beschwerdegegnerin schliesslich zu Recht festhielt, ändert die ab 4. Februar 2015 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nichts an der vorliegenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 100 %, da zumindest im massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 19. März 2015 noch keine anspruchsbeeinflussende Verschlechterung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 88a Abs. 2 IVV vorgelegen hat (vgl. Urteil I 425/05 vom 8. November 2005 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 121 V 366 E. 1b mit weiteren Hinweisen). So wäre eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs erst dann zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat, was aufgrund der vorliegenden Aktenlage zu verneinen ist.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 24. August 2015 (A.S. 29 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reicht das von der Basler Versicherung veranlasste Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 4. Mai 2014 ein. 4. Mit Verfügung vom 1. September 2015 (A.S. 31 f.) wird der Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 5. Mit Replik vom 26. Oktober 2015 (A.S. 39 ff.) verweist die Beschwerdeführerin auf ihre bereits gestellten Rechtsbegehren und nimmt zum Gutachten von Dr. med. E.____ Stellung. 6. Mit Eingabe vom 9. Dezember 2015 (A.S. 52 ff.) reicht die Beschwerdeführerin den Bericht des behandelnden Psychiaters der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 24. November 2015 ein. 7. Mit Duplik vom 18. Dezember 2015 (A.S. 55 f.) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen und reicht eine Aktennotiz von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 10. Dezember 2015 (A.S. 57 f.) sowie einen Bericht von Dr. med. H.____, Chefarzt Neurologie, und I.____, Neuropsychologin und Psychologin FSP, vom 13. März 2013 (A.S. 59 ff.), betreffend die testpsychologische Untersuchung vom 5. März 2013 ein. 8. Mit Eingabe vom 17. Februar 2016 (A.S. 70 ff.) lässt sich die Beschwerdeführerin abschliessend vernehmen und beantragen, es sei die Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 18. Dezember 2015 an Dr. med. F.____, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Bielstrasse 2, 2540 Grenchen, zur Stellungnahme zuzustellen und es sei bei diesem ein Verlaufsbericht ab Dezember 2015 einzuholen. 9. Mit Schreiben vom 14. August 2017 (A.S. 82) zieht die Beschwerdeführerin ihren Antrag, es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen, zurück. 10. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 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). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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 die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3. 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 BGer 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). 4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin sei die Beschwerdegegnerin aufgrund der Ergebnisse eines von ihr organisierten und begleiteten Arbeitsversuchs (D.____, Solothurn) in der Zeit vom 22. April bis 30. September 2014 davon ausgegangen, dass die Versicherte eine volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangt habe und rentenausschliessend eingegliedert sei. Davon sei nun aber aufgrund des Verlaufs danach nicht auszugehen. Vielmehr sei die Beschwerdeführerin in der anschliessenden Beschäftigung bei der Firma J.____ überfordert gewesen und habe dekompenziert, sodass sie die Arbeitsstelle in der Probezeit resp. am 16. Januar 2015 habe kündigen müssen. Fachärztlich-psychiatrisch sei eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Die Beschwerdeführerin befinde sich andauernd in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. F.____. Es habe eine andauernde depressive Episode bestanden. Damit sei eingetreten, was Dr. med. E.____ auf Seite 46 seines Gutachtens festgehalten habe, nämlich, dass es zu einem Rückfall kommen könne. Damit bestünde eine rezidivierende depressive Störung. Zudem vermöge das Gutachten von Dr. med. E.____ nicht restlos zu überzeugen. So sei der Ausschluss der in den Vorberichten gestellten Diagnosen nicht überzeugend und kriterienorientiert widerlegt worden. Die im Bericht von Dr. med. H.____ und der Neuropsychologin Frau I.____ vom 13. März 2013 gestellte Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) könne nicht einfach durch das selektive Verneinen einer «erheblichen Abweichung im Denken, Fühlen und Wollen mit Beginn in ihrer Kindheit und Jugend» negiert werden. Hierbei handle es sich um die allgemeinen diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 F60 für eine Persönlichkeitsstörung, nicht um die spezifischen gemäss F60.3. Bei den besagten allgemeinen Kriterien seien fremdanamnestische Informationen notwendig, zumal die Betroffenen dazu neigen würden, zu dissimulieren resp. die Anamnese zu beschönigen. In einem kurzen Rahmen wie in einem Taggeldgutachten lasse sich eine Persönlichkeitsstörung auch nur schwer bestätigen oder ausschliessen. Die Feststellungen zu obigen und den anderen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung bedürften weit mehr Informationsquellen als sie dem Gutachter zur Verfügung gestanden hätten. Als «allgemeine Richtlinie» gelte, dass «mehr als ein Interview mit den Betroffenen sowie Fremdanamnesen und Fremdb Berichte vorliegen sollten» (vgl. statt vieler H. Dilling, H.J. Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen, 7. Überarbeitete Auflage entsprechend ICD-10 German Modification, 2014, S. 236). Weder habe Dr. med. E.____ mehr als ein Interview durchgeführt, noch lägen ihm genügend fremdanamnestische Informationen zugrunde, als dass er in der Lage wäre, sich lege artis mit der vordiagnostizierten Persönlichkeitsstörung auseinander zu setzen. Des Weiteren sei das Gutachten von Dr. med. E.____ nicht von der Invalidenversicherung in Beachtung der Mitwirkungsrechte gemäss BGE 137 V 210 eingeholt worden. Es genügte daher bereits relativ geringe Zweifel an der Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit dieses Gutachtens, damit eine neue externe (Gerichts-) Expertise anzuordnen sei. Die Verwaltung stütze sich plötzlich nicht nur auf eine medizinische Expertise ab, welche zuvor nicht Gegenstand des Abklärung- und Vorbescheidverfahrens gewesen sei, sondern sei auch nicht im Besitz der von Dr. med. E.____ gelisteten massgeblichen Akten, so beispielsweise des Berichts von Dr. med. H.____ und der Neuropsychologin Frau I.____ vom 13. März 2013. Damit liege eine Verletzung der Aktenführungspflicht gemäss Art. 46 ATSG sowie eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor (Art. 42 ATSG, Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 6 Ziff. 1 EMRK), welche nicht im Beschwerdeverfahren geheilt werden könne. Dem Bericht von Dr. med. F.____ vom

24. November 2015 sei zu entnehmen, dass seit dem 4. Februar 2015 (Behandlungsbeginn) das Vorliegen einer aktuell mittelgradigen depressiven Störung bestätigt werde, weshalb bezogen auf den Verfügungszeitpunkt vom 19. März 2015 diese arbeitsrelevante Diagnose nicht rechtskonform negiert werden könne. Ebenfalls festgehalten werde von Dr. med. F.____ das Vorliegen einer ausgeprägten Angststörung sowie als Verdachtsdiagnose eine Persönlichkeitsstörung mit dependenten, ängstlich-vermeidenden Anteilen, welche sich in der weiteren Beobachtung allenfalls bestätigen könne. Die Beschwerdegegnerin behauptete, dass gemäss Bericht von Dr. med. F.____ ab Dezember 2015 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit der Versicherten erreicht sei. Sie berufe sich diesbezüglich auf den Bericht von Dr. med. F.____ vom 24. November 2015. Solches lasse sich diesem Bericht jedoch so nicht entnehmen. Insbesondere sei aus dem Bericht nicht eine dauerhafte Remission zu entnehmen. Eine Prognose werde nicht gestellt. Es werde im Bericht vom 24. November 2015 eine (andauernde) rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig, ICD-10 F33.1, als Diagnose gestellt und ausgeführt, dass aktuell bei bestehender Depression die ADHS Diagnose nicht zu überprüfen sei. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, dem Abschlussbericht der zuständigen Eingliederungsfachfrau sei zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vom 22. April 2014 bis 30. September 2014 im Restaurant D.____ in Solothurn einen Arbeitsversuch als Küchenhilfe habe absolvieren können, wo sie durchwegs positive Rückmeldungen hinsichtlich Arbeitsleistung und -verhalten erhalten habe. Sie habe während dieses Arbeitsversuches wieder ihre volle Arbeitsfähigkeit zurückerlangen können. Die Abklärungen hätten ergeben, dass sie in ihrer Arbeitsfähigkeit als Küchenhilfe im Restaurant K.____ in Subingen für längere Zeit eingeschränkt gewesen sei. Erfreulicherweise habe sich ihre gesundheitliche Situation wieder verbessert, so dass ihr aus medizinisch-theoretischer Sicht per 16. April 2014 wieder jegliche Tätigkeiten in einem vollen Pensum zugemutet werden könnten. Dabei könne sie ein entsprechendes und Renten ausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit, welche einen Rentenanspruch begründen würde, habe nicht bestanden. Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe in seinem Gutachten vom 4. Mai 2014, welches von der Krankentaggeld-Versicherung in Auftrag gegeben worden sei, festgehalten, dass aus versicherungspsychiatrischer Sicht ab Datum seiner Untersuchung, somit per 16. April 2014, für die angestammte Tätigkeit, eine Verweistätigkeit und den Haushalt eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Er habe keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Das Gutachten von Dr. med. E.____ entspreche den von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien für eine beweiskräftige Expertise (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis). Aus den Akten gehe hervor, dass bei der Beschwerdeführerin unter Ritalin (seit März 2013) eine deutliche Beschwerdeabnahme resp. gesundheitliche Verbesserung eingetreten sei. Im Gesprächsprotokoll zum Früherfassungsgespräch vom 27. August 2013 beschreibe die Beschwerdeführerin eine erhebliche Stabilisierung (IV-Akten Nr. 24). Auch im Bericht der Basler Versicherungen vom 3. Mai 2013 zum Patientengespräch vom 26. April 2013 werde festgehalten: Erfreulicherweise spreche die Versicherte von einem massiv besseren Zustand. Sie könne seit 2 Wochen wieder entspannt schlafen und sei erholt. Die Erschöpfungsdepression mit den dazugehörigen Begleiterscheinungen sei nahezu überwunden und sie schaue wieder positiv in die Zukunft. Die zuständige Fachperson der Basler Versicherungen habe denn auch festgestellt, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine Einschränkungen mehr bestehen würden. Im Bericht vom 24. November 2015 attestiere Dr. med. F.____ bei aktuell remittierter Depression wieder eine Arbeitsfähigkeit zu 100 %. Die

Beschwerdegegnerin erachtet es aufgrund der Akten als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass vom 1. Februar 2014 (6 Monate ab Neuanmeldung) bis Anfang Februar 2015 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie in einer Verweistätigkeit bestanden habe. Es werde darauf hingewiesen, dass auch Dr. med. F.____ in seinem Bericht vom 24. November 2015 lediglich von einem Verdacht einer Persönlichkeitsstörung spreche. Die ab 4. Februar 2015 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ändere nichts an der vorliegenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 100 %, da zumindest im massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 19. März 2015 noch keine anspruchsbeeinflussende Verschlechterung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 88a Abs. 2 IVV vorgelegen habe (vgl. Urteil I 425/05 vom 8. November 2005 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 121 V 366 E. 1b mit weiteren Hinweisen). Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. 5. 5.1 Vorab ist die Frage zu klären, ob die Rüge der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe die Aktenführungspflicht (Art. 46 ATSG) sowie das rechtliche Gehör verletzt, berechtigt ist. Die Beschwerdeführerin bringt in diesem Zusammenhang vor, die Verwaltung stütze sich plötzlich nicht nur auf eine medizinische Expertise ab, welche zuvor nicht Gegenstand des Abklärungs- und Vorbescheidverfahrens gewesen sei, sondern sei auch nicht im Besitz der von Dr. med. E.____ gelisteten massgeblichen Akten, so beispielsweise des Berichts von Dr. med. H.____ und der Neuropsychologin Frau I.____ vom 13. März 2013. Damit liege eine Verletzung der Aktenführungspflicht gemäss Art. 46 ATSG sowie eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor (Art. 42 ATSG, Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 6 Ziff. 1 EMRK), welche nicht im Beschwerdeverfahren geheilt werden könne.

E. 9

9.1 Damit ist die angefochtene Verfügung vom 19. März 2015 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

9.2 Im Übrigen ist betreffend weiteren Beweismassnahmen auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 162 E. 1d; 104 V 211 E. a; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Oktober 2011, 8C_364/2011, E. 3.1). Damit sind die Anträge der Beschwerdeführerin auf Einholung eines Gerichtsgutachtens sowie eines Verlaufsberichts von Dr. med. F.____ abzuweisen.

10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I. 4. hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 17. Februar 2016 sowie am 29. August 2017 je eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'678.05 (CHF 3'251.55 + 426.50) geltend macht. Der Stundenansatz beträgt aufgrund § 169 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die

Kostenforderung auf CHF 1'765.60 festzusetzen (8.17 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 164.20 und 8 % MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 547.60 (Differenz zum vollen Honorar [8.17 x CHF 240.00 + CHF 164.20 + 8 % MwSt. = 2'295.00; - 1'765.60 = CHF 529.40]) während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Die Differenz zu den eingereichten Kostennoten begründet sich einerseits damit, dass mehrere der geltend gemachten Positionen Kanzleiaufwand darstellen (Orientierungskopien an die Klientin vom 4. Mai, 2. September, 27. Oktober, 9. Dezember und 24. Dezember 2015, vom 17. Februar 2016 sowie vom 4. April und 14. August 2017; sämtliche Kontakte [E-Mail, Briefe, Telefonate] mit den Sozialen Diensten Oberer Leberberg, zumal diese wohl teilweise nur bedingt direkt mit dem vorliegenden Verfahren zusammenhängen; Fristerstreckungsgesuche vom 2. September und 15. Oktober 2015 sowie vom 18. Januar und 5. Februar 2016; Einreichung der Kostennote am 29. August 2017), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Andererseits sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 160 Abs. 5 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

11. 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, wird auf CHF 1'765.60 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 529.40 während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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 Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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