

SO_GERICHTE VSBES.2017.19 vom 11. Dezember 2017

SO Obergericht, 2017-12-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.19_d20171211

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.19 du 11 décembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.19 del 11 dicembre 2017

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung vom 20. Dezember 2016 der Eidgenössischen Invalidenversicherung, IV-Stelle Kanton Solothurn, sei aufzuheben, soweit sie die volle Invalidenrente auf eine halbe Rente reduziert. Eventuell: Es sei die Angelegenheit zur Vervollständigung der Sachverhaltsfeststellungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2017 (A.S. 20 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde in allen Punkten 4. Mit Verfügung vom 3. April 2017 (A.S. 33 f.) bewilligt der Präsident des Versicherungsgerichts der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Rechtsanwalt Hugo Feuz als unentgeltlichen Rechtsbeistand. 5. Mit Replik vom 2. Juni 2017 (A.S. 40 ff.) lässt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen vom 18. Januar 2017 festhalten. 6. Mit Eingabe vom 20. Juni 2017 (A.S. 44) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine umfassende Stellungnahme. 7. Die am 5. Juli 2017 (A.S. 46 ff.) durch den Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote wird der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 6. Juli 2017 (A.S. 52) zur Kenntnisnahme zugestellt. 8. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Aufgrund der Rechtsbegehren ist im vorliegenden Verfahren einzig zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin nach dem 1. August 2015 weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

E. 3

3.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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. 3.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 IVG).

E. 4

Chronischer Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Störung der Homöostase (ICD-10 G44.82) – mit migräniformem Charakter Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei: 1. Renale Hypertonie (ICD-10 I12.9) Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sich bei der Beschwerdeführerin nach einem septischen Schock mit Multiorganversagen vom August 2013, der für die Beschwerdeführerin hätte letal ausgehen können, eine gewisse Besserung eingestellt habe. Im Vordergrund stehe eine chronische Niereninsuffizienz, aktuell im Stadium 3b, und dazu neuropsychologische Defizite mittelschwerer Ausprägung, weswegen die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt sei (IV-Nr. 38.1 S. 21 unten). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinemachfrau sei sie aktuell nicht arbeitsfähig, da hier auch intermittierend mittelschwere Tätigkeiten durchgeführt werden müssten. Dies sei der Beschwerdeführerin aufgrund allgemeiner Schwäche aktuell nicht zumutbar. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeit sei sie nach körperlichem Aufbaustraining und Rekonditionierung aktuell zu 50 % (vier Stunden) täglich arbeitsfähig. Als qualitative Einschränkung müsse von neuropsychologischer Sicht eingeräumt werden, dass nur Tätigkeiten mit geringem Anspruch auf physische und konzentrierte Belastbarkeit und ausreichender Pausenmöglichkeit zumutbar seien. Eine weitere Verbesserung müsse abgewartet werden. Die Explorandin habe sich seit Juni 2014 bezüglich der Nierenfunktion nur diskret steigern können auf jetzt 32 ml/min (GFR); aktuell sei sie immer noch nicht arbeitsfähig. Die jetzt festgestellte Arbeitsfähigkeit gelte demnach in drei Monaten – nach erfolgter Rekonditionierung. Bei einer Verschlechterung der Nierenleistung müsste eine erneute Dialyse diskutiert werden; langfristig sei mit einer terminalen Niereninsuffizienz zu rechnen. Zu den medizinischen Massnahmen wurde dargelegt, dass die regelmässige nephrologische Kontrolle im Vordergrund stehe. Dazu würden, wie von den Nephrologen vom H.____ empfohlen, das körperliche Aufbaustraining und die Rekonditionierung empfohlen. Es sei denkbar, dass sich bei weiterer Verbesserung der Kreatinin-Clearance auch die Kopfschmerzen zurückbildeten. Der Blutdruck sei im Normbereich gewesen. Aus psychosomatischer, allgemeinmedizinischer und neuropsychologischer Sicht könnten keine weiteren Massnahmen genannt werden, die die Arbeitsfähigkeit verbessern würden. 7.11 In der Stellungnahme vom 8. Oktober 2015 (IV-Nr. 45 S. 2 f.) hielt Dr. med. D.____, RAD, fest, die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Haushaltshilfe und Raumpflegerin ab dem 2. August 2013 zu 0 % Arbeitsfähigkeit. In einer angepassten Verweistätigkeit bestehe ab Februar 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Zuvor sei eine der Beschwerdeführerin zumutbare Rekonditionierung durchzuführen. Im Haushalt habe vom 2. August 2013 bis circa 31. Januar 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden (nephrologischer Bericht im Gutachten der F.____). Danach seien körperlich leichte Tätigkeiten mit grösserem Zeitaufwand wieder zumutbar gewesen. Ab 3. Juni 2014 (Bericht PD Dr. med. G.____) sei die Haushaltstätigkeit wieder bis auf schwere Tätigkeiten voll zumutbar. Die Beschwerdeführerin könne sich Zeit nehmen, den Ablauf selbst einzuteilen und für schwere Arbeiten die Hilfe der Söhne anzufordern. Im Haushalt könnten lediglich

körperlich schwere Arbeiten nicht mehr selbständig erledigt werden. 7.12 PD Dr. med. G.____ hielt im Schreiben vom 16. Dezember 2015 an die Fachberaterin Sozialberatung der Lungenliga (IV-Nr. 48 S. 3) fest, bei der Beschwerdeführerin sei eine körperliche Rekonditionierung unter physiotherapeutischer Anleitung versucht worden. Dies, weil er der Meinung gewesen sei, dass ein Teil der Beschwerden der Beschwerdeführerin auch durch den aufgrund der akuten Erkrankung (mit dem dann weiteren chronischen Verlauf) vergesellschafteten Muskelschwund eine Rolle spielen könnte. Die Trainingseinheiten habe die Beschwerdeführerin jedoch eher schlecht ertragen. Einerseits habe ein Blutdruckanstieg (zum Teil bis sehr hohe Werte) beobachtet werden können und auch eine übermässige Erschöpfung sowie mehrere Tage anhaltende Muskelschmerzen nach dem Training seien beobachtet worden. Aus diesem Grunde sei es ihr dann im Weiteren nicht mehr möglich gewesen, mit diesen Trainingseinheiten (trotz der niedrigen Intensität) fortzufahren. 7.13 Die Verlaufsberichte vom 15. März 2016 (IV-Nr. 63; Eingang bei der IV-Stelle: 28. Juni 2016 und IV-Nr. 50; Eingang bei der IV-Stelle: 18. März 2016) tragen zwar dasselbe Datum, haben aber nicht den gleichen Inhalt. In dem am 28. Juni 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (IV-Nr. 63) bestätigte PD Dr. med. G.____ seine bereits in den Berichten vom 3. Juni 2014 und 7. Oktober 2014 (vgl. E. II. 7.3 und 7.5 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, wobei er in Bezug auf den «septischen Schock mit Multiorganversagen wegen obstruktiver Pyelonephritis» neu u.a. ausführte, es habe nachfolgend ein schweres ARDS mit disseminierter intravasaler Gerinnung mit peripheren Mikroembolien (Zehen, wahrscheinlich auch ZNS) bestanden. Zudem hielt er betreffend die Diagnose «chronische Kopfschmerzen seit August 2013» fest, aktuell sei eine Exacerbation der Problematik mit täglichen Kopfschmerzen trotz medikamentöser Dauertherapie gegeben, eine kürzlich (März 2016) durchgeführte HNO Abklärung inkl. CT habe keinen neuen Befund erbracht. Ferner führte PD Dr. med. G.____ als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit «rezidivierende, prolongiert verlaufende respiratorische Infekte viraler Ätiologie» auf. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Haushaltshilfe sei die Beschwerdeführerin vom 1. April 2015 bis dato zu 50 % arbeitsunfähig und vorgängig seit 2. August 2013 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär und es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Es seien unveränderte Symptome mit verminderter Leistungsfähigkeit, chronischen Kopfschmerzen und Nackenschmerzen vorhanden. Die angegebenen Beschwerden seien Müdigkeit und Kopfschmerzen. Es seien normotone Blutdruckwerte und eine stabile, chronische Niereninsuffizienz Stadium G2b gegeben. Seit dem letzten Bericht habe keine spezialärztliche Untersuchung stattgefunden. Zu den «therapeutischen Massnahmen/Prognose» führte PD Dr. med. G.____ die Behandlungen der arteriellen Hypertonie, der Folgekomplikationen der eingeschränkten Nierenfunktion und der chronischen Kopfschmerzen mit Antiepileptika auf. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit aus. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Eine Arbeitsfähigkeit in einer körperlich nicht anstrengenden Tätigkeit von circa vier Stunden täglich sei für ihn möglich. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit könne nicht verbessert werden. Es seien der Beschwerdeführerin andere Tätigkeiten (wenig körperlich anstrengend, hauptsächlich sitzend und regelmässige Pausen beinhaltend) während vier Stunden pro Tag zumutbar. 7.14 Dr. med. D.____, RAD, hielt in seiner Aktennotiz vom 25. April 2016 (IV-Nr. 55) betreffend die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des gleichentags

geführten Telefonats mit PD Dr. med. G.____ fest, entgegen den Angaben der Fachberaterin Sozialberatung der Krebsliga (recte: Lungenliga) habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin nicht verändert. Sie habe nach wie vor ihre fluktuierenden, nicht beeinflussbaren Kopfschmerzen und die Nierenfunktion habe sich stabilisiert. PD Dr. med. G.____ sage, er beurteile die Beschwerdeführerin nach wie vor zu 50 % arbeitsfähig in einer angepassten Tätigkeit. Somit gelte seit Krankheitsbeginn folgende Arbeitsfähigkeit: 0 % für jede Tätigkeit ab dem 2. August 2013 - 31. März 2015; 0 % weiterhin für die angestammte Tätigkeit; 50 % für eine körperlich leichtere, angepasste Tätigkeit ab dem 1. April 2015. PD Dr. med. G.____ habe die Beschwerdeführerin zuletzt am 8. April 2016 wieder verlaufskontrolliert. Es gebe keinen Grund, seine überzeugende Einschätzung anzuzweifeln, zumal er die Beschwerdeführerin laufend beobachten könne. Die so attestierte Arbeitsfähigkeit ab dem 1. April 2015 stehe somit im nachvollziehbaren Widerspruch zur Beurteilung des F.____. 7.15 Der Abklärungsfachmann C.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Juli 2015 (IV-Nr. 65 S. 2) betreffend die Einwände der Beschwerdeführerin vom 10. Juni 2015 fest, dem Wortlaut der Beurteilung des Schreibenden vom 25. April 2016 (Protokolleintrag) folgend, sei der Grad der Invalidität bis 31. März 2015 mittels der gemischten Bemessungsmethode bei einem Erwerbsanteil von 80 % zu ermitteln. Da in Sachen Erwerb eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten in selbiger Zeit ausgewiesen sei, ergebe sich allein bezogen auf den Erwerb ein Invaliditätsgrad von mindestens 80 %, welcher ohnehin zum Bezug einer ganzen Invalidenrente berechtige. Somit habe auf eine eigentliche Haushaltsabklärung verzichtet werden können. Mit Wirkung ab 1. April 2015 sei der Schreibende übereingekommen, dass sich eine Änderung der Bemessungsmethode aufdränge (Wegfall der Kinderbetreuungsaufgaben) und die Invalidität fortan mittels eines Einkommensvergleichs zu erheben sei. Dem Bevollmächtigten der versicherten Person seien am 1. Juni 2016 sämtliche IV-Akten zugestellt worden. Im vorhin erwähnten Einwandschreiben vom 10. Juni 2016 seien keine begründeten Einwände gegen die vom Schreibenden erhobenen Tatbestände eingegangen. Somit könne an den Feststellungen des Schreibenden festgehalten werden. Dagegen sei zum medizinischen Sachverhalt ab 1. April 2015 Stellung zu beziehen. 7.16 Dr. med. D.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 1. September 2016 (IV-Nr. 67 S. 2) fest, im nephrologischen Bericht von PD Dr. med. G.____ vom 15. März 2016 (vgl. E. II. 7.13 hiervor) bestätige dieser nochmals (siehe Aktennotiz vom 25. April 2016, vgl. E. II. 7.14 hiervor) die Arbeitsfähigkeit von 50 % ab dem 1. April 2015 für eine angepasste, körperlich wenig anstrengende, hauptsächlich sitzende Tätigkeit, wie er schon im Bericht vom 7. Oktober 2014 (vgl. E. II. 7.5 hiervor) und dem Telefonat vom 25. April 2015 (recte: 2016) beurteilt habe. Dabei seien die Symptome (verminderte Leistungsfähigkeit, chronische Kopfschmerzen und Nackenschmerzen) unverändert. Die Beurteilung bleibe gemäss der Aktennotiz vom 25. April 2015 (recte: 2016) unverändert. 8. Es ist zunächst auf das durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten bei der F.____ vom 10. September 2015 einzugehen: 8.1 Das von Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemein- und Arbeitsmedizin, Umweltmedizin, Dr. med. K.____, Oberärztin, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Prof. Dr. med. Q.____, Nephrologie FMH, Dr. med. R.____, Oberarzt, Neurologie FMH, und Prof. Dr. rer. nat. med. habil. Dipl.-Psych. S.____, Neuropsychologe, erstellte polydisziplinäre Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 4.2 hiervor) gerecht. So wurde die Beschwerdeführerin je einer ausführlichen internistischen,

psychosomatischen, neurologischen, nephrologischen und neuropsychologischen Exploration unterzogen (IV-Nrn. 38.1 S. 9 f., 38.3 S. 2 ff., 38.4 S. 2 ff., 38.5 S. 3 ff., 38.6 S. 2 ff.). Damit sind auch ihre geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden labormedizinische Untersuchungen (IV-Nr. 38.2), eine psychometrische Messung nach HAMD-21 (Hamilton Depression Scale, IV-Nr. 38.3 S. 9), neurologische und nephrologische Untersuchungen inkl. Zusatzuntersuchungen sowie verhaltensneurologische Untersuchungen mittels verschiedenen Testverfahren (IV-Nrn. 38.4 S. 4 f., 38.5 S. 6 f., 38.6 S. 4) durchgeführt. Wie das Aufführen der Akten ab dem 17. September 2013 in chronologischer Reihenfolge (IV-Nr. 38.1 S. 2 ff.) erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Im psychosomatischen Teilgutachten wurden wichtige Punkte der Aktenanamnese aufgegriffen (IV-Nr. 38.3 S. 5 f.) und im nephrologischen Teilgutachten erfolgte sodann eine fachspezifische Ergänzung betreffend die Vorgeschichte. Ausserdem holte Prof. Dr. med. Q.____ vom behandelnden Nephrologen PD Dr. med. G.____ am 20. Mai 2015 ergänzende telefonische Auskünfte ein (IV-Nr. 38.5 S. 2 f.). Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So überzeugt aufgrund der erhobenen und sich als weitgehend unauffällig präsentierenden psychopathologischen Befunde sowie der im Rahmen des HAMD-21-Tests erreichten 6 Punkte die gutachterliche Beurteilung, wonach sich die Beschwerden der Beschwerdeführerin keinen eigenständigen psychosomatisch-psychiatrischen Korrelaten zuordnen liessen (IV-Nr. 38.3 S. 9 f.). Auch die Ausführungen der Neurologen, wonach der chronische Kopfschmerz auf eine Störung der Homöostase zurückführen sei (IV-Nr. 38.4 S. 6), vermögen einzuleuchten. Denn es wurde diesbezüglich festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin die diagnostischen Kriterien gemäss den Kriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft (IHS) erfüllt seien. So habe sich der Kopfschmerz erstens innerhalb von zwei Monaten nach Beginn der Störung entwickelt und zweitens existierten Hinweise, dass die Störung Kopfschmerzen verursachen könne (Besserung der Kopfschmerzen nach der Dialyse und Progredienz seit Beendigung der Dialyse). Anlässlich der durchgeführten Laboruntersuchungen vom 11. Mai 2015 (IV-Nr. 38.5 S. 7) erscheint die Einschätzung der Nephrologin Prof. Dr. med. Q.____ schlüssig, wonach die Blutwerte bei sehr guter Diurese (Trinkmenge 3 - 4 l/Tag) ohne spezifische Behandlung keine Hinweise für eine fortgeschrittene urämische Stoffwechselstörung zeigten und daher die Müdigkeit und Schlaflosigkeit nur teilweise durch die Niereninsuffizienz erklärbar seien. Ferner überzeugt die Darlegung, dass die Nierenfunktion jetzt mit einer festgestellten Kreatinin-Clearance von 32 ml/min/1,73m² im Stadium 3b nach KDIGO liege. Aufgrund der im Rahmen des neuropsychologischen Teilgutachtens durchgeführten Testverfahren (IV-Nr. 38.6 S. 5 ff.) ist auch die gutachterliche Schlussfolgerung nachvollziehbar, wonach sich die neuropsychologischen Defizite insbesondere auf Aufmerksamkeits-, Konzentrations-, und Gedächtnisleistungen bezögen und darüber hinaus Schwierigkeiten in der Bearbeitung komplexer, flexibilitätserfordernder Aufgaben beständen. So lägen die Leistungen der Beschwerdeführerin beim Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest nach Zimmermann und Fimm, 1994, insgesamt im deutlich unterdurchschnittlichen Bereich, im Sinne einer allgemeinen, deutlich ausgeprägten Reaktionsverlangsamung. Beim Aufmerksamkeits-Belastungs-Test d2 nach Brickenkamp, 1981, seien die Leistungen der selektiven Aufmerksamkeit und Konzentrationsbelastungsfähigkeit – verglichen mit entsprechenden Altersnormen – insgesamt im unterdurchschnittlichen Bereich bei hoher

Fehlerzahl und grosser Leistungsschwankung (IV-Nr. 38.6 S. 5 f.). Damit kommt dem polydisziplinären Gutachten der F.____ vom 10. September 2015 grundsätzlich voller Beweiswert zu. 8.2 Wie nachfolgend darzulegen ist, vermögen die vorangehenden medizinischen Berichte den Beweiswert des medizinischen Gutachtens der F.____ nicht in Frage zu stellen: 8.2.1 Im Rahmen des psychosomatischen Teilgutachtens führten die Gutachter aus, ihre Einschätzung verhalte sich kongruent mit der Neurologisch-Psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. E.____ vom Herbst 2014, welcher in seinem Gutachten einen unauffälligen psychischen Status bei der Beschwerdeführerin beschrieben, respektive eine depressive Störung ausgeschlossen habe (IV-Nr. 38.3 S. 10). Diesen Einschätzungen kann gefolgt werden. So konnte Dr. med. E.____ anlässlich seines Konsiliums vom 4. November 2014 (vgl. E. II. 7.8 hiervor) sowohl eine depressive Störung als auch eine Anpassungsstörung – die vorgängig bspw. im Austrittsbericht des I.____ vom 17. September 2013 (vgl. E. II. 7.1 hiervor) festgehalten worden war – ausschliessen. Er ging von einem völlig unauffälligen psychischen Status aus. Entsprechende Angaben sind denn auch dem psychosomatischen Teilgutachten der F.____ zu entnehmen, in dessen Rahmen ein unauffälliger psychopathologischer Befund und mit einem Ergebnis von 6 Punkten beim Fremdbeurteilungstest (HAMD-21) keine relevante Depression festgestellt werden konnten. Das Neurologisch-Psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____ vom 4. November 2014 vermag das beweiswertige psychosomatische Teilgutachten der F.____ folglich nicht in Frage zu stellen. 8.2.2 Im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens der F.____ nahmen die Gutachter zum Bericht der behandelnden Neurologin Dr. med. M.____ vom 4. Juni 2014 (vgl. E. II. 7.4 hiervor) Stellung und führten aus, die Diagnose eines Kopfschmerzes, welcher auf eine systemische Infektion zurückzuführen sei, sei aktuell nicht nachzuvollziehen, da die Kriterien der IHS nicht erfüllt seien (IV-Nr. 38.4 S. 6). Hierzu gehörten, dass der Kopfschmerz sich während der akuten systemischen Infektion entwickelt habe und innerhalb von drei Monaten nach erfolgreicher Behandlung der Infektion verschwinde. Da sich Dr. med. M.____ sowohl in ihrem Bericht vom 4. Juni 2014 als auch im Arztbericht vom 14. Oktober 2014 (vgl. E. II. 7.6 hiervor) mit der Diagnose des «Kopfschmerzes, zurückzuführen auf eine systemische bakterielle Infektion», nicht näher auseinandersetze, ist diese Diagnosestellung nicht nachvollziehbar. Sie führte diesbezüglich im Bericht vom 4. Juni 2014 einzig in generell-abstrakter Weise aus, die Kopfschmerzen seien nicht auf die chronische Niereninsuffizienz zurückzuführen. Eine Auseinandersetzung mit den hierzu erforderlichen Kriterien gemäss IHS hat indes nicht stattgefunden. Damit vermögen die Berichte von Dr. med. M.____ am beweiswertigen neurologischen Teilgutachten der F.____ keine Zweifel hervorzurufen. 8.2.3 Im nephrologischen Teilgutachten der F.____ von Prof. Dr. med. Q.____ sind keine den Diagnosestellungen des behandelnden Nephrologen PD Dr. med. G.____ entgegenstehenden Befunde ersichtlich. So wies Letzterer im Arztbericht vom 3. Juni 2014 (vgl. E. II. 7.3 hiervor) eine «chronische Niereninsuffizienz Stadium IV» aus und bezifferte die Nierenfunktion in dem kurze Zeit zuvor – am 29. April 2014 (vgl. E. II. 7.2 hiervor) – verfassten Bericht mit einem GFR von circa 25 ml/min. PD Dr. med. G.____ rechnete sodann im Juni 2014 und somit ungefähr ein Jahr nach dem Multiorganversagen und bei aktuell fehlenden Noxen nicht mit einer weiteren Verbesserung der Nierenfunktion. Aufgrund der labormedizinischen Untersuchungen im Rahmen des Gutachtens der F.____ wurde sodann durch Prof. Dr. med. Q.____ bei einem GFR von 32 ml/min eine «chronische Niereninsuffizienz im Stadium 3b (Übergang zu Stadium 4) nach KDIGO-Leitlinien 2012» ausgewiesen. Es kann daher festgehalten werden, dass sich die Situation betreffend die

Niereninsuffizienz der Beschwerdeführerin als nicht wesentlich verändert präsentiert. In Bezug auf die im Bericht vom 7. Oktober 2014 von PD Dr. med. G.____ weiter festgehaltene arterielle Hypertonie, die aktuell indes medikamentös kontrolliert sei (vgl. E. II. 7.5 hiervor), ist festzuhalten, dass diese im Rahmen des nephrologischen Teilgutachtens nicht bestätigt werden konnte. So führte Prof. Dr. med. Q.____ aus, die Blutdruckwerte seien mit Atacand aktuell und anamnestisch auch zu Hause gut eingestellt (RR: 130/80 mmHg) (IV-Nr. 83.5 S. 8 unten). Folglich widersprechen die Arztberichte von PD Dr. med. G.____ vom 3. Juni und 7. Oktober 2014 dem nephrologischen Teilgutachten von Prof. Dr. med. Q.____ nicht.

8.2.4 In Bezug auf das ebenfalls durchgeführte neuropsychologische Teilgutachten der F.____ finden sich keine entsprechenden medizinischen Vorakten. Somit ist das neuropsychologische Teilgutachten von Prof. Dr. med. S.____ als voll beweiswertig zu qualifizieren.

8.3 Wie nachfolgend darzulegen ist, vermögen auch die nach dem polydisziplinären Gutachten des F.____ vom 10. September 2015 verfassten medizinischen Berichte dessen Beweiswert nicht zu schmälern:

8.3.1 So führte der behandelnde Nephrologe PD Dr. med. G.____ im Schreiben vom 16. Dezember 2015 (vgl. E. II. 7.12 hiervor) in Bezug auf die nach dem Gutachten versuchte körperliche Rekonditionierung unter physiotherapeutischer Anleitung aus, diese Trainingseinheiten habe die Beschwerdeführerin eher schlecht ertragen. Es sei ihr aufgrund eines Blutdruckanstiegs und übermässiger Erschöpfung nicht möglich gewesen, mit diesen fortzufahren. Daher seien diese abgebrochen worden. Dieses Aufbautraining war bereits im nephrologischen Teilgutachten von Prof. Dr. med. Q.____ thematisiert worden. So führte die Gutachterin betreffend die Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus (IV-Nr. 38.5 S. 9), sie empfehle wie auch der behandelnde Nephrologe PD Dr. med. G.____ nach einer Übergangsphase körperliches Aufbautraining und Konditionierung. Da sich die nephrologischen Fachärzte diesbezüglich somit einig waren, liegt keine andere Beurteilung als jene im Gutachten der F.____ vor.

8.3.2 In Bezug auf den Verlaufsbericht von PD Dr. med. G.____ vom 15. März 2016 (vgl. E. II. 7.13 hiervor) ist festzuhalten, dass er von «unveränderten Symptomen» mit verminderter Leistungsfähigkeit sowie chronischen Kopf- und Nackenschmerzen sprach. Weiter gab er normotone Blutdruckwerte und eine stabile, chronische Niereninsuffizienz im Stadium G2b an. In Bezug auf die chronischen Kopfschmerzen trotz medikamentöser Dauertherapie führte er sodann aus, dass eine HNO-Abklärung inkl. CT vom März 2016 keinen neuen Befund gebracht habe. Diese Angaben stehen denjenigen von Prof. Dr. med. Q.____ im Gutachten des F.____ nicht entgegen. So wies sie ebenfalls eine chronische Niereninsuffizienz, allerdings im Stadium 3b (Übergang zu Stadium 4), aus und bezeichnete die Blutdruckwerte mit Atacand aktuell und anamnestisch auch zu Hause als gut eingestellt. Im Weiteren werden auch die chronischen Kopfschmerzen thematisiert und diesbezüglich ausgeführt, die fortgeschrittene Niereninsuffizienz als Ursache für die Kopfschmerzen wäre ungewöhnlich (IV-Nr. 38.5 S. 8). Auch hier findet sich kein Widerspruch zum nephrologischen Teilgutachten.

8.4 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass dem polydisziplinären Gutachten der F.____ vom 10. September 2015 in Bezug auf die Diagnosestellung und die Befunderhebung insgesamt voller Beweiswert zukommt. Dies wird durch die Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten, die im Gutachten der F.____ formulierten Schlussfolgerungen, wurden in der Beschwerde nicht in Frage gestellt.

9. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin der Einschätzung von PD Dr. med. G.____ betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu Recht den Vorzug gegenüber derjenigen im Gutachten des F.____ vom 10. September 2015 gegeben hat:

9.1 In Bezug auf die

Arbeitsfähigkeit wurde im Gutachten der F. ___ festgehalten, die Beschwerdeführerin sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinemachfrau/Haushaltshilfe nicht arbeitsfähig, da hier auch intermittierend mittelschwere Tätigkeiten durchgeführt werden müssten. Dies sei der Beschwerdeführerin aufgrund der allgemeinen Schwäche aktuell nicht zumutbar. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeit sei die Beschwerdeführerin nach körperlichem Aufbautraining und Rekonditionierung aktuell zu 50 % (vier Stunden) täglich arbeitsfähig. Als qualitative Einschränkung müsse von neuropsychologischer Sicht eingeräumt werden, dass nur Tätigkeiten mit geringem Anspruch auf physische und konzentrierte Belastbarkeit und ausreichender Pausenmöglichkeiten zumutbar seien. 9.2 Die gutachterlichen Einschätzungen betreffend die volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ab 2. August 2013 in ihrer angestammten Tätigkeit als Haushaltshilfe werden durch die übrigen medizinischen Beurteilungen in den vorliegenden Akten gestützt: So ging bereits der die Beschwerdeführerin behandelnde Nephrologe PD Dr. med. G. ___ in seinem Bericht vom 3. Juni 2014 (vgl. E. II. 7.3 hiervor) davon aus, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit 2. August 2013 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Dies bestätigte er sodann in seinen weiteren Berichten vom 7. Oktober 2014 und 8. Oktober 2015 (vgl. E. II. 7.5, 7.11 hiervor). Auch die Neurologin Dr. med. M. ___ hielt in ihrem Bericht vom 14. Oktober 2014 (vgl. E. II. 7.6 hiervor) fest, die Beschwerdeführerin sei seit August 2013 in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Haushaltshilfe zu 100 % arbeitsunfähig. 9.3 In Bezug auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeit nach körperlichem Aufbautraining und Rekonditionierung von aktuell 50 % ist auf die Einschätzung von PD Dr. med. G. ___ im Bericht vom 3. Juni 2014 (vgl. E. II. 7.3 hiervor) einzugehen. Er hielt dafür, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit maximal während vier bis fünf Stunden täglich arbeiten könne. Dies bestätigte er auch anlässlich des Telefonats mit der Gutachterin des F. ___ Prof. Dr. med. Q. ___ vom 20. Mai 2015 (vgl. IV-Nr. 38.5 S. 2 f.). Den Ausführungen zu diesem Telefongespräch ist sodann zu entnehmen, dass der behandelnde Nephrologe bei der Beschwerdeführerin eine ausgeprägte Dekonditionierung selbst für tägliche Arbeiten sehe und ihr deshalb Physiotherapie verordnet habe. Er sehe aber aus nephrologischer Sicht ebenfalls keinen Grund, weshalb die Beschwerdeführerin nicht wieder mit Arbeiten anfangen sollte. Es ist daher davon auszugehen, dass er die verordnete Physiotherapie nicht als unmittelbare Voraussetzung für den Einstieg der Beschwerdeführerin ins Erwerbsleben qualifizierte. Zudem hielt er eine 50%ige Arbeit bereits vor dem Verfassen des polydisziplinären Gutachtens für zumutbar, ohne diese an irgendwelche Voraussetzungen zu knüpfen. In diesem Sinn führte Prof. Dr. med. Q. ___ in ihrem nephrologischen Teilgutachten denn auch aus, die Beschwerdeführerin habe bei der Niereninsuffizienz mittleren Schweregrades das Potenzial, in der Tätigkeit als Haushaltshilfe für vier Stunden pro Tag (50 %) arbeitsfähig zu sein. Sie bräuchte einen Arbeitsplatz mit leichten und gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten. Des Weiteren hielt sie unter dem Titel «Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus Sicht ihres Fachgebietes» fest, sie empfehle – wie auch der behandelnde Nephrologe – in einer Übergangsphase körperliches Aufbautraining und Konditionierung (IV-Nr. 38.5 S. 9). Im Rahmen der konsensualen Gesamtbeurteilung führten die Gutachter sodann aus, die Beschwerdeführerin sei in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeit «nach körperlichem Aufbautraining und Rekonditionierung» aktuell zu 50 % (vier Stunden) täglich arbeitsfähig (IV-Nr. 38.1 S. 22), wobei nur Tätigkeiten mit geringem Anspruch auf

physische und konzentrierte Belastbarkeit und ausreichenden Pausenmöglichkeiten zumutbar seien. Die Gutachter setzten sich jedoch nicht vertieft mit diesem erforderlichen körperlichen Aufbau-Training bzw. mit der Rekonditionierung auseinander, weshalb aus dem Gutachten nicht klar hervorgeht, um welche Art von Training es sich dabei handeln müsste. Sie stützen sich dabei im Wesentlichen auf die Einschätzungen des behandelnden Nephrologen ab. Ausserdem hielt die nephrologische Expertin Prof. Dr. med. Q.____ explizit fest, dass das Aufbau-Training/Konditionierung die Arbeitsfähigkeit einzig noch «verbessern» könnte (vgl. IV-Nr. 38.5 S. 9 unten). Ob die entsprechende Durchführung eines Aufbau-Trainings – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (A.S. 10) – im Rahmen des Gutachtens der F.____ tatsächlich als unmittelbare Voraussetzung für die Ausübung einer ausserhäuslichen Tätigkeit anzusehen ist, geht damit aus dem Gutachten der F.____ nicht ohne Weiteres hervor. Dies hat der RAD-Arzt Dr. med. D.____ in seiner Stellungnahme vom 8. Oktober 2015 (vgl. E. II. 7.11 hiervor) nicht hinterfragt. So ging er gestützt auf das Gutachten der F.____ davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin nach einer dreimonatigen Rekonditionierung eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Februar 2016 bestehe. Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen kann dieser Einschätzung indes nicht gefolgt werden. Daher vermag die Beschwerdeführerin aus dem erfolglos durchgeführten Physiotherapie-Training (vgl. dazu Schreiben von PD Dr. med. G.____ vom 16. Dezember 2015, vgl. E. II. 7.12 hiervor) nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Dies umso weniger, als PD Dr. med. G.____ auch nach diesem erfolglosen Rekonditionierungsversuch die 50%ige Arbeitsfähigkeit bestätigte (vgl. Verlaufsbericht vom 15. März 2016, E. II. 7.13 hiervor). So erweist sich insbesondere die daraus gezogene Schlussfolgerung (A.S. 10), wonach ohne ein erfolgreich durchgeführtes Aufbau-Training weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden müsse, als nicht überzeugend.

9.4 Es stellt sich daher die Frage, ab welchem Zeitpunkt die 50%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Der behandelnde Nephrologe PD Dr. med. G.____ hielt diesbezüglich in seinem Verlaufsbericht vom 15. März 2016 (vgl. E. II. 7.13 hiervor) fest, die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. April 2015 bis dato zu 50 % arbeitsfähig in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Haushaltshilfe. Dieser Einschätzung kann gefolgt werden. So steht die Beschwerdeführerin seit dem 2. August 2013 in regelmässiger nephrologischer Behandlung bei PD Dr. med. G.____, weshalb davon ausgehen ist, dass er ihren Gesundheitszustand sowie die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit am verlässlichsten einzuschätzen vermag. Dies auch in Anbetracht der Tatsache, dass die gesundheitlichen Einschränkungen bei der Beschwerdeführerin im Wesentlichen von der chronischen Niereninsuffizienz herrühren, die das medizinische Fachgebiet betreffen, auf welches sich PD Dr. med. G.____ spezialisiert hat. Das Abstellen auf die Beurteilung des behandelnden Arztes PD Dr. med. G.____ im vorliegenden Fall erscheint auch unter dem Aspekt der Erfahrungstatsache plausibel, wonach behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). So hielt denn auch der RAD-Arzt Dr. med. D.____ in seiner Aktennotiz vom 25. April 2016 (vgl. E. II. 7.14 hiervor) fest, PD Dr. med. G.____ habe die Beschwerdeführerin zuletzt am 8. April 2016 wieder verlaufskontrolliert. Es gebe keinen Grund, dessen überzeugende Einschätzung anzuzweifeln, zumal er die Beschwerdeführerin laufend beobachten könne. Daher stehe die so attestierte Arbeitsfähigkeit ab dem 1. April 2015 in «nachvollziehbarem Widerspruch» zur Beurteilung der F.____. Diese Einschätzungen des RAD-Arztes beruhen auch auf einem Telefongespräch mit dem behandelnden Nephrologen PD Dr. med. G.____ vom 25. April 2016. Diesen kann gefolgt werden. Dies bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. D.____ sodann

auch in der Stellungnahme vom 1. September 2016 (vgl. E. II. 7.16 hiervor). Es ist deshalb richtig, diesen Einschätzungen des behandelnden Arztes, bei welchem sich die Beschwerdeführerin in regelmässigen, monatlichen Behandlungen (vgl. IV-Nr. 38.5 S. 4) befindet und der folglich den Beginn der zumutbaren Arbeitsfähigkeit dadurch am verlässlichsten festlegen kann, zu folgen. Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ab 1. April 2015 wieder eine Arbeitstätigkeit in einem Pensum von 50 % zumutbar wäre. 9.5 Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 20. Dezember 2016 (A.S. 1 ff.) von einer seit dem 1. August 2014 (nach Ablauf des Wartejahres) bestehenden vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Haushaltshilfe sowie von einem der Beschwerdeführerin ab 1. April 2015 zumutbaren Arbeitspensum von 50 % ausging. 10. Die konkreten Berechnungen der Invaliditätsgrade mit der gemischten Bemessungsmethode ab 1. August 2014 bzw. mit dem Einkommensvergleich ab 1. April 2015 wurden durch die Beschwerdeführerin nicht bestritten. Dies ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. So erweisen sich auch die anlässlich des Einkommensvergleichs ab 1. April 2015 berechneten Valideneinkommen von CHF 47'376.00 und Invalideneinkommen von CHF 23'688.00 als korrekt. 10.1 Beim Invalideneinkommen, das von der Beschwerdegegnerin zu Recht auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten (LSE 2014, TA1_tirage_level, Ziff. 96, Kompetenzniveau 1, Frauen) ermittelt wurde, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Es rechtfertigt sich vorliegend bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Einschränkungen bei der Ausübung einer beruflichen Verweistätigkeit (körperlich leichte, hauptsächlich sitzende und regelmässige Pausen beinhaltende Arbeiten) ein leidensbedingter Abzug von 15 %. Da sonst keine Anhaltspunkte für eine Kürzung ersichtlich sind, beträgt das Invalideneinkommen somit CHF 20'134.80. 10.2 Bei einem Valideneinkommen von CHF 47'376.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 20'134.80 resultiert für den Zeitpunkt ab 1. April 2015 eine Erwerbseinbusse von CHF 27'241.20 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 58 %. Damit ändert sich an dem bereits in der angefochtenen Verfügung errechneten Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (vgl. E. II. 3.1 hiervor) nichts. Daran kann festgehalten werden. 10.3 Zusammenfassend wäre die Beschwerdeführerin somit ab 1. April 2015 zu 50 % arbeitsfähig. Der Invaliditätsgrad beläuft sich auf 58 %. Sie hat demnach ab 1. August 2015 (Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (vgl. E. II. 3 hiervor). 11. Folglich ist die Verfügung vom 20. Dezember 2016 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 12. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 13.

Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4 hiavor). 13.1 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 Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat am 5. Juli 2017 eine Kostennote eingereicht, worin er für das gesamte Verfahren – somit auch für jenes vor der Vorinstanz – einen Kostenersatz von insgesamt CHF 8'083.70 geltend macht. Die Kosten für das vorangehende Einwandverfahren vor der Beschwerdegegnerin werden im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens indes nicht entschädigt und können daher hier nicht berücksichtigt werden. Es ist somit von geltend gemachten Auslagen von total CHF 201.90 und einem Aufwand von 24,22 Stunden auszugehen. Da in mehreren Positionen Kanzleiaufwand aufgeführt wird, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits enthalten ist (acht Kurzbriefe an die Klientin vom 6., 18. Januar, 13., 28. Februar, 11., 15. Mai, 2., 27. Juni 2017 à je 0,17 Std.; E-Mail an/von Dritte vom 20. Januar 2017 à 0,08 Std. und vom 3. März 2017 à 0,17 Std.; Eingabe der Honorarnote vom 30. Juni 2017 à 0,5 Std.) und daher nicht gesondert entschädigt wird, ist der zeitliche Aufwand auf 22,11 Stunden zu kürzen. Dies gilt auch für die «Briefe vom Gericht» vom 25. Januar und 27. Juni 2017 à je 0,08 Std. Somit beträgt der Aufwand noch 21,95 Std. Nicht berücksichtigt werden kann auch der Zeitaufwand von 0,83 Std. vom 17. Januar 2017, der anscheinend eine Besprechung zwischen Anwälten derselben Kanzlei betrifft. Der verbleibende Aufwand von 21,12 Std. erscheint sowohl in Anbetracht dessen, dass Rechtsbeistand Feuz die Beschwerdeführerin bereits im Vorverfahren vertreten hat, und somit auf die damaligen Vorarbeiten zurückgreifen konnte, als auch im Quervergleich mit ähnlich gelagerten Fällen sowie dem Umfang von Eingaben und Korrespondenz während des Beschwerdeverfahrens als zu hoch. Der Aufwand wird deshalb pauschal auf total 15 Stunden gekürzt. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit beträgt das Honorar CHF 2'700.00 (15 Std. x CHF 180.00). Unter Berücksichtigung der geltend gemachten Auslagen von CHF 201.90 und unter Einbezug der MwSt von 8 % (CHF 232.20) beläuft sich die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistands auf total CHF 3'134.10. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 324.00 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'458.10), wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier – mit Blick auf den Gehörsanspruch der Beschwerdeführerin – von einem dem in der Kostennote geltend gemachten Stundenansatz von CHF 200.00 auszugehen ist, wenn – wie vorliegend der Fall – keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht. 13.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin 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).

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