

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.118 vom 22. März 2019

SO Obergericht, 2019-03-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.118](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.118)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.118 du 22 mars 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.118 del 22 marzo 2019

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1985, [...], meldete sich am 27. März 2018 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an. Als Art der Beschäftigung gab sie «Hausfrau» an. Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung machte sie keine (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 2).

1.2 Am 9. Mai 2018 fand ein Früherfassungsgespräch statt, an dem die Beschwerdeführerin und eine Vertreterin der Beschwerdegegnerin sowie Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, regionaler ärztlicher Dienst (RAD) BE-FR-SO, teilnahmen; dabei gab die Beschwerdeführerin u.a. an, Hausfrau zu sein. Sie habe nie eine Arbeit und einen Lohn gehabt. Beim «Pensum ohne Gesundheitsschaden» wird im Bericht «100 %» angeführt. Ferner erklärte die Beschwerdeführerin, sie habe immer in einer Fabrik tätig sein wollen (IV-Nr. 12).

1.3 Dr. med. C.\_\_\_\_, Kinder- und Jugendpsychiaterin FMH, [...], teilte auf schriftliche Anfrage der Beschwerdegegnerin hin am 6. Juni 2018 mit, dass im Juli 2017 ein Behandlungsabbruch erfolgt sei und sie seither keinen Kontakt mehr mit der Patientin habe. Angaben zur medizinischen Situation der Beschwerdeführerin machte die Ärztin keine (IV-Nr. 17).

1.4 Im undatierten und elektronisch visierten Bericht (Eingang: 29. Juni 2018) beantwortete Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberärztin Universitätsspital, [...], die von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen (IV-Nr. 18).

1.5 Med. prakt. E.\_\_\_\_, prakt. Arzt/FA Allgemeinmedizin (D), [...], erstellte am 22. September 2018 den durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Arztbericht (IV-Nr. 24).

1.6 Am 22. Oktober 2018 verfassten Dres. med. F.\_\_\_\_, Oberärztin, und G.\_\_\_\_, Psychologin, Psychiatrische Dienste, [...], zuhanden der Beschwerdegegnerin einen Arztbericht (IV-Nr. 25, S. 6 ff.).

1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ nahm am 5. Februar 2019 zu medizinischen Situation Stellung (IV-Nr. 27, S. 2 f.).

### E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). 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 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen 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. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

### **E. 3**

3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

3.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Artikel 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich nach Artikel 7 Absatz 2 IVG der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV; SR 831.201).

### **E. 4**

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an

Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E.

#### **E. 4.1**

und 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

4.4 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bisIVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

4.5 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten.

## E. 5

5.1 Die Vertreterin der Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt, indem sie die ablehnende Verfügung vom 22. März 2019 nicht begründet habe; bereits aus diesem Grund sei der Entscheid aufzuheben. Zudem habe die Beschwerdegegnerin das Recht auf Mitwirkung sowie ihre Abklärungspflicht verletzt, weshalb die Verfügung ebenfalls aufzuheben sei. Im Weiteren habe die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt nicht richtig abgeklärt, indem sie die Ungereimtheiten in den Arztberichten nicht aufgelöst habe. Auch fehle es an Gutachten. Schliesslich werde darauf hingewiesen, dass ein Verfahren hängig sei, bei dem es um eine Verlängerung der Aufenthaltsbewilligung der Beschwerdeführerin gehe (A.S. 29 ff.).

5.2 In der Beschwerdeantwort verweist die Beschwerdegegnerin auf die beiliegenden Akten sowie die angefochtene Verfügung und verzichtet auf weitere Ausführungen. Könne die angefochtene Verfügung ■ so wird weiter ausgeführt ■ nicht bestätigt werden, sei die Sache an die IV-Stelle zu weiteren Abklärungen im Sinne einer polydisziplinären Begutachtung zurückzuweisen (A.S. 42).

6. Im vorliegenden Fall lassen sich folgende, wesentliche Angaben zum medizinischen Sachverhalt entnehmen:

6.1 Zur Krankheitsgeschichte wird im Protokoll zum Intake-Gespräch vom 9. Mai 2018 angeführt, als gesundheitliche Beeinträchtigungen bestünden eine akute promyelozytische Leukämie, ein Mikroprolaktinom (Hirntumor), eine Adipositas (Gewichtszunahme von 50 kg seit der Diagnose des Prolaktinoms) sowie ein Prä-Diabetes. Die Diagnose der Leukämie und des Hirntumors seien im Frühjahr 2016 gestellt worden. Nach Einschätzung des RAD leide die Versicherte unter einer komplexen endokrinologischen Störung (Prolaktinom, das nicht operiert werden könne) mit verschiedenen Auswirkungen (wie Müdigkeit, Kopfweh, Schwindel, Schwächezustand). Was die Diagnose «akute promyelozytische Leukämie» betreffe, Erstdiagnose Februar 2016, verfüge sie jedoch über keine Verlaufsberichte ([...]spital, Prof. [...]). Es bestehe ebenfalls eine Hypersomnie (sie schlafe bis 17 Stunden pro Tag), was mit einer depressiven Störung einhergehen könne. Die psychosoziale Belastung sei erheblich (ihr Sohn sei vom Ex-Ehemann gekidnappt worden und lebe mit dem Vater in Russland). Fazit: Die Auswirkungen der endokrinologischen Störung seien zurzeit nicht klar definierbar. Es bestehe der Verdacht auf eine depressive Störung. Weitere existierende Verlaufsberichte sollten eingeholt werden. Eine Begutachtung werde wahrscheinlich indiziert sein, um die zumutbare Arbeitsfähigkeit zu bestimmen (psychiatrisch-endokrinologisch) (IV-Nr. 12, S. 3 f.).

6.2 Dr. med. C. \_\_\_ hat ■ wie bereits erwähnt ■ am 6. Juni 2018 mitgeteilt, sie könne keinen Bericht abgeben, da sie seit dem Abbruch der Behandlung im Juli 2017 mit der Patientin keinen Kontakt mehr habe. Wie sich die medizinische Situation und Einschätzung vor der Beendigung der Behandlung präsentierte, hat die Ärztin unerwähnt gelassen (IV-Nr. 17).

6.3 Dr. med. D. \_\_\_ hat in ihrem undatierten Bericht, welcher der Beschwerdegegnerin am 29. Juni 2018 zugegangen ist, u.a. ausgeführt, die Patientin sei vom 13. Juni 2016 bis 28. Juli 2017 ambulant behandelt worden. Anschliessend habe sie mehrere Termine abgesagt. Seit Juli 2017 hätten in ihrer Sprechstunde keine Termine mehr stattgefunden. Die Patientin habe sämtliche Termine abgesagt. Aus endokrinologischer Sicht liege keine Arbeitsunfähigkeit vor. Initial sei die Zuweisung in ihre Sprechstunde bei neu entdecktem

Mikroadenom der Hypophyse erfolgt. Die Befunde seien mit einem Mikroprolaktinom vereinbar, weshalb eine dopaminerge Therapie mit Dostinex eingeleitet worden sei. Die Medikation mit Dostinex sei im 2017 anamnestisch sistiert worden. Aus endokrinologischer Sicht liege keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (IV-Nr. 18).

6.4 Am 22. September 2018 hat med. prakt. E.\_\_\_\_ angegeben, die Patientin befinde sich seit 6. Juni 2018 bei ihm in Behandlung. Arbeitsunfähigkeit sei keine attestiert. Als aktuelle medizinische Symptomatik und Situation hat er «Gewichtszunahme, psychische Labilität und Depression», als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit «Depression» angegeben. Er werde die Patientin bei den Psychiatrischen Diensten [...] anmelden. Gegenwärtig übe die Patientin keine Tätigkeit aus. Früher habe sie Kabelteile und elektronische Teile montiert. Sie habe ein Konzentrationsproblem. Eine ihren Leiden angepasste Tätigkeit wäre der Patientin während vier bis acht Stunden zuzumuten. Zurzeit sei die Patientin im Haushalt nicht eingeschränkt (IV-Nr. 24).

6.5 Dres. med. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ haben die Fragen der Beschwerdegegnerin am 23. Oktober 2018 wie folgt beantwortet: Am 15. Oktober 2018 seien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung (ICD-10 F42.3) sowie ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit unreifen und abhängigen Zügen (ICD-10 Z73) zu diagnostizieren. Die Adipositas (ICD-10 E66.02) wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus. Eine Prognose zur Arbeitsfähigkeit könne nicht gemacht werden, da sich die Patientin nur einmal vorgestellt habe. Vorgeschlagen werde eine Psychotherapie im Einzelsetting. Angaben über Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit der Beschwerdeführerin werden keine gemacht. Die Patientin spreche ■ so die beiden Fachärztinnen ■ Deutsch auf einem für eine einfache Tätigkeit ausreichenden Niveau und verfüge über keine Berufsausbildung. Die weiteren Fragen zur beruflichen Situation haben die beiden Ärztinnen nicht beantworten können. Einer Eingliederung stehe die somatische und depressive Symptomatik im Wege (IV-Nr. 25, S. 6 ff.).

6.6 Am 5. Februar 2019 hat sich der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ zur medizinischen Situation der Beschwerdeführerin geäußert. Bezüglich der Ausgangssituation hat er Folgendes festgehalten: «[ ] Staatsbürgerin, 33-jährig, sie wurde vom Sozialdienst angemeldet wegen Verdacht auf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (s. Intake-Bericht vom 9.05.2018). AZ vom 27.03.2018, Dr. [...]: 100 % AUF von 01.02.2018 bis 30.04.2018. Die endokrinologische Abteilung des [...]spitals bestätigte (29.06.2018), dass keine invalidisierende Erkrankung bestehe (Mikroadenom der Hypophyse, Mikroprolaktinom). Eine onkologische Erkrankung wird in den medizinischen Berichten nicht bestätigt. Eine psychiatrische Behandlung wurde im Juli 2017 abgebrochen (Dr. C.\_\_\_\_). 22.09.2018, Dr. E.\_\_\_\_: V. ist in Behandlung im Stoffwechsel-Zentrum in [...] wegen Adipositas. AF bis 8 Stunden pro Tag. 23.10.2018, psychiatrische Dienste: Anpassungsstörung, Verdacht auf Persönlichkeitsakzentuierung mit unreifen und abhängigen Zügen; keine AUF.» Im Weiteren hat der RAD-Arzt festgestellt, dass keine invalidisierenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Unter «Empfehlungen des RAD» hat er schliesslich angeführt, dass «im gegenwärtigen Stand der Akten keine Anhaltspunkte bestehen, die für eine reduzierte Arbeitsfähigkeit plädieren» (IV-Nr. 27, S. 2 f.).

7. Im vorliegenden Fall lässt sich nach Lage der Akten die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im rechtsrelevanten Zeitpunkt nicht schlüssig beurteilen:

7.1 Die Psychiaterin Dr. med. C. \_\_\_ hat sich auch zur Behandlung der Beschwerdeführerin nicht geäußert. Die Ärztinnen der Psychiatrischen Dienste des Kantons [...] haben zwar die Arbeitsfähigkeit beeinflussende, psychiatrische Diagnosen gestellt, zur Arbeitsfähigkeit jedoch nicht Stellung genommen. Die Beschwerdeführerin hätten sie, Dres. med. F. \_\_\_ und G. \_\_\_, nur einmalig am 15. Oktober 2018 gesehen. Aus endokrinologischer Sicht lägen laut Dr. med. D. \_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Med. prakt. E. \_\_\_ hat sodann eine Arbeitsfähigkeit von vier bis acht Stunden in einer leidensadaptierten Tätigkeit für die Beschwerdeführerin als zumutbar erachtet. Diese Berichte vermögen jedoch den höchstrichterlichen Anforderungen an einen Arztbericht im Sinne der vorstehenden Erwägungen (II E. 4.2 hiervor) nicht zu genügen. Im Übrigen gilt es zu beachten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich denn auch in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_559/2012 vom 27. November 2012 E. 1.4 mit Hinweis).

## 7.2

7.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat zur Begründung der angefochtenen Verfügung vor allem auf die Beurteilung des RAD-Arztes abgestellt. Nach der Rechtsprechung ist es denn auch zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen abzustellen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (139 V 225 E. 5.2 S. 229, 122 V 157 E. 1d S. 162). Dabei ist es nicht zwingend erforderlich, dass der RAD-Arzt die versicherte Person persönlich untersucht. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV (vgl. E. II 4.4. hiervor) führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2015 vom 27. Oktober 2015 E. 1).

7.2.2 Die Stellungnahme von Dr. med. B. \_\_\_ vom 5. Februar 2019 (IV-Nr. 27, S. 2 f.) hat aus medizinischer Sicht ■ gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, die in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben ■ den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen; dazu gehört namentlich auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.2 und 8C\_880/2011 vom 21. März 2012 E. 4.1 je mit Hinweisen). Soweit die RAD-Ärzte ■ wie hier ■ nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten; ist dies nicht der Fall, kann die RAD-Stellungnahme in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

7.2.3 Der RAD-Arzt hat in seiner zitierten Beurteilung vom 5. Februar 2019 aufgrund einer lückenhaften medizinischen Grundlage das Vorliegen invalidisierender Diagnosen sowie einer Arbeitsunfähigkeit verneint, ohne sich damit näher auseinanderzusetzen; darauf kann nicht abgestellt werden, da es zusammenfassend an einer beweistauglichen Beurteilungsgrundlage mangelt. So hat Dr. med. B. \_\_\_ in seiner Einschätzung anlässlich des Intake-Gesprächs vom 9. Mai 2018 selbst noch die Auffassung vertreten, eine Begutachtung sei wahrscheinlich indiziert (IV-Nr. 12, S. 4).

8. Demnach ist festzustellen, dass hinsichtlich der medizinischen Situation Abklärungsdefizite bestehen. Eine widerspruchsfreie und schlüssige Beurteilung, welche Arbeiten in welchem Ausmass und Zeitpunkt der Beschwerdeführerin zuzumuten sind, ist nach derzeitiger Lage der Akten nicht möglich. Nach bundesrichterlicher Rechtsprechung ist eine Rückweisung an den Versicherungsträger möglich, wenn sie allein im notwendigen Erheben einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Eine solche Situation ist im vorliegenden Fall gegeben. Es liegen Sachverhaltslücken vor, die die Beschwerdegegnerin zu schliessen hat. Zu diesem Zweck sind die Akten ■ wie die Beschwerdegegnerin am 17. Juli 2019 eventualiter beantragt hat ■ an sie zurückzuweisen. Danach hat die Beschwerdegegnerin über den geltend gemachten Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin erneut zu entscheiden. Mit Blick auf diesen Verfahrensausgang braucht auf die Vorbringen bezüglich Verletzung des rechtlichen Gehörs (A.S. 29 ff.) nicht weiter eingegangen zu werden.

Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 22. März 2019 aufzuheben und die dagegen erhobene Beschwerde im Sinne der vorstehenden Erwägungen gutzuheissen.

## **E. 9**

9.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt das Aufheben einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Der Beschwerdeführerin steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

9.2 Die Vertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 7. August 2019 einen Zeitaufwand von 13,07 Stunden und den Ersatz von Auslagen von CHF 200.50 geltend gemacht, was bei einem Stundenansatz von CHF 180.00 (bzw. CHF 230.00 für die Position «8.5.2019 Termin KL 0.75 Std.») zu einem Totalbetrag von CHF 2'790.10 führt (A.S. 47 f.). Alleine für das Aktenstudium und Ausarbeiten der Beschwerde bzw. deren Ergänzung werden insgesamt 9,25 Stunden angeführt, was in Beachtung der sich hier stellenden, tatsächlichen und rechtlichen Fragen sowie eines Vergleichs des Aufwands in ähnlichen Prozessen als überhöht erscheint und folglich um zwei Stunden zu kürzen ist; damit verbleibt ein nach wie vor nicht als unbedeutend zu bezeichnender Aufwand von 11,07 Stunden. Um die Hälfte zu kürzen sind ferner die geltend gemachten Auslagen für insgesamt 311 Fotokopien, nachdem sich diese Anzahl nach Lage der Akten nicht nachvollziehen lässt. Folglich hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'319.00 zu bezahlen (0,75 Std. zu CHF 230.00, 10,32 [11,07 ./ 0,75] Std. zu CHF 230.00, zuzgl. Auslagen von CHF 123.00 und MwSt).

10. 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 22. März 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese die erforderlichen medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen vornehme und hierauf über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide.
2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'319.00 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Häfliger

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