

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.188 vom 12. Mai 2023

SO Obergericht, 2023-05-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.188\\_d20230512](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.188_d20230512)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.188 du 12 mai 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.188 del 12 maggio 2023

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

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

1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Die hier angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung (7. IV-Revision) anwendbar.

### E. 2

2.1 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 ■ 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile:

2.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG; sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 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 darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; sog. spezifische Methode des Betätigungsvergleichs). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach der spezifischen Methode des Betätigungsvergleichs festgelegt. In diesem Fall sind der

Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; sog. gemischte Methode).

3. Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_236/2022 vom 4. Oktober 2022 E. 6.1 mit Verweis auf BGE 144 I 103 E. 2.1).

### **E. 3**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_236/2022 vom 4. Oktober 2022 E. 6.1 mit Verweis auf BGE 144 I 103 E. 2.1).

### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die Ärztinnen und Ärzte sowie gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

4.2 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im gerichtlichen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 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 9C\_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C\_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

4.3 Im Sozialversicherungsverfahren sind die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Das Sozialversicherungsgericht hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es 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 Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung

der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). Schliesslich haben die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen grundsätzlich Beweiswert, doch kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweisen). Zwar lässt der Umstand, dass versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit dieser Personen schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweisen). Einem von der Krankentaggeldversicherung eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2018 vom 14. November 2018 E.

#### **E. 4.1**

mit Hinweisen).

#### **E. 5**

Mai 2022 kam die Abklärungsfachfrau L. \_\_\_ aufgrund der Akten und des Abklärungsgesprächs vor Ort zum Schluss, dass die Versicherte ohne gesundheitliche Einschränkungen in einem ausserhäuslichen Pensum von 60 % und zu 40 % im Bereich Haushalt tätig wäre. Die Versicherte habe berichtet, dass sie in einem 50%-Pensum in der K. \_\_\_ arbeite, zwei Tage am Morgen und zwei Tage vom Morgen bis um ca. 15:00 Uhr. Am Mittwoch habe sie jeweils frei und verbringe den Tag ausschliesslich mit der Tochter. Diese sei in der ersten Klasse und werde, wenn die Versicherte arbeite, vom G. \_\_\_ betreut. Die Versicherte habe so täglich etwas Zeit für sich, um Einkäufe zu erledigen und Termine wahrzunehmen. Die sozialpädagogische Familienbegleitung komme alle 14 Tage zuhause vorbei. Die Abklärungsfachfrau stellte sodann fest, dass die Versicherte vom Mai 2018 bis Juli 2021 bei der Stiftung F. \_\_\_ mit einem Pensum von 40 % tätig gewesen sei. Seit August 2021 werde sie in der K. \_\_\_, im Restaurant und in der Lingerie, mit einem Pensum von 50 % beschäftigt. Die Versicherte sei heute im zweiten Arbeitsmarkt tätig. Sie sei alleinerziehend und es gebe niemanden, der auf die Tochter aufpassen könne, wenn sie arbeite. Deshalb werde sie an vier Tagen nach der Schule vom G. \_\_\_ betreut. Ihre Eltern lebten im [ ] und könnten in den Schulferien teilweise auf die Tochter aufpassen, aber nicht regelmässig. Gemäss der Versicherten und ihrer (bis April 2022 zuständigen) Beiständin, H. \_\_\_, wäre sie heute ohne gesundheitliche Einschränkungen in einem ausserhäuslichen Pensum von 60 % arbeitstätig. Ein höheres Pensum wäre aktuell nicht möglich aufgrund der fehlenden privaten Betreuung und weil eine Kinderkrippe bei einem Pensum von 100 % zu teuer wäre. Gemäss Frau H. \_\_\_ würde sie vermutlich einem Teilzeitpensum von 60 % nachgehen und ergänzend wäre sie auf die Unterstützung der Sozialhilfe angewiesen. In Bezug auf die Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich kam die Abklärungsfachfrau zum

Schluss, dass in den Bereichen Ernährung, Wohnungspflege, Einkauf und weitere Besorgungen, Wäsche und Kleiderpflege keine Einschränkungen bestünden. Die Versicherte habe eine Ausbildung als Hauswirtschaftspraktikerin. Das Kochen und die Haushaltführung bereite ihr keine Mühe. Die Einkäufe erledige die Versicherte vollumfänglich selbständig, bei schweren Einkäufen dürfe sie ab und zu mit der Nachbarin mitfahren. Bei der Kinderbetreuung, welche 30 % der Tätigkeit im Aufgabenbereich ausmache, berücksichtigte die Abklärungsfachperson eine Einschränkung von 20 %. Die Versicherte sei alleinerziehend. Der Kindsvater habe nur etwa einmal pro Monat ein begleitetes Besuchsrecht. An vier Tagen pro Woche werde die Tochter nach der Schule vom G.\_\_\_\_ betreut. So sei die Versicherte etwas entlastet und habe genügend Zeit für Termine und Besorgungen. Alle 14 Tage komme zudem eine Familienbegleitung zu ihr nach Hause. Sie besprächen psychosoziale Probleme (schwierige Situation mit dem Kindsvater) und stärkten die Versicherte in ihrer Rolle als Mutter. Sie berieten die Versicherte auch betreffend die altersgerechte Erziehung. Die Tochter sei sehr fordernd und habe ihren eigenen Kopf, welchen sie durchsetzen wolle. Im Total betrage die Einschränkung im Aufgabenbereich 6 % (IV-Nr. 214).

8.7 Gemäss Ernennungsurkunde vom 15. März 2022 wurde B.\_\_\_\_ mit Wirkung ab 1. Mai 2022 als Beistand der Versicherten eingesetzt. Seine Aufgaben bestünden darin, die Versicherte beim Erledigen der administrativen Angelegenheiten soweit nötig zu vertreten, insbesondere auch im Verkehr mit Behörden, Ämtern, Banken, Post, (Sozial)-Versicherungen, sonstigen Institutionen und Privatpersonen. Zudem habe er die Versicherte beim Erledigen der finanziellen Angelegenheiten zu vertreten, insbesondere ihr Einkommen und Vermögen sorgfältig zu verwalten (IV-Nr. 215).

8.8 Mit Schreiben vom 2. Juni 2022 beantragte die für die Tochter der Versicherten zuständige Kinderbeiständin bei der Sozialhilfe N.\_\_\_\_ Kostengutsprache für eine Betreuung im G.\_\_\_\_ am Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 06:45 bis 16:30 Uhr. Die Tochter werde an den Arbeitstagen der Mutter im G.\_\_\_\_ betreut. Diese arbeite aktuell 60 % in der K.\_\_\_\_. Die Betreuung sei für die Tochter der Versicherten sehr wertvoll. Es sei eine ausserbehördliche Kinderschutzmassnahme. Die Mutter sei mit der Betreuung der Tochter immer wieder überfordert. Auch bei den Hausaufgaben könne sie ihr Kind nicht unterstützen (Beschwerdebeilage 6).

8.9 Im Einwandschreiben vom 15. Juni 2022 machte der Beistand, B.\_\_\_\_, geltend, dass die Versicherte ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu 100 % arbeiten würde, auch aus wirtschaftlichen Gründen. Sie würde ihre Tochter einen weiteren Tag vom G.\_\_\_\_ betreuen lassen und wäre voll erwerbstätig. Es sei klar, dass die Versicherte anlässlich der Abklärung vor Ort die hypothetische Frage der Erwerbstätigkeit nicht verstanden oder richtig habe abstrahieren können (IV-Nr. 220).

9. Strittig und zu prüfen ist vorliegend zunächst die sogenannte Statusfrage. Die Beschwerdegegnerin ging in Bezug auf den Status davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 60 % ausserhäuslich und zu 40 % im Haushalt tätig wäre. Die Versicherte stellt sich in der Beschwerde auf den Standpunkt, dass sie im Gesundheitsfall mindestens 80 % erwerbstätig wäre.

9.1 Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person ist zu prüfen, ob sie ohne Invalidität mit Rücksicht auf die gesamten Umstände vorwiegend erwerbstätig oder im Haushalt beschäftigt wäre. Nebst den finanziellen Verhältnissen sind sämtliche

Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen, wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person (BGE 125 V 146 E. 2c). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 137 V 334 E. 3.2, 117 V 194 E. 3b mit Hinweis).

9.2 Die heute 34-jährige Versicherte hat eine siebenjährige Tochter und ist alleinerziehend. Der Kindsvater bezahlt keine Unterhaltsbeiträge und die Versicherte bezieht aktuell Sozialhilfeleistungen. Die Tochter der Versicherten wird gemäss Aktenlage an vier Tagen pro Woche von 06:45 bis 16:30 Uhr vom G.\_\_\_\_ betreut. In den Schulferien übernehmen die Grosseltern ■ zumindest teilweise ■ die Betreuungsaufgaben. Aktuell arbeitet die Versicherte in einem Pensum von rund 55 % im zweiten Arbeitsmarkt. Gemäss Abklärungsbericht gaben die Versicherte und ihre vormalige Beiständin anlässlich der Abklärung vor Ort an, dass die Versicherte ohne gesundheitliche Einschränkung in einem ausserhäuslichen Pensum von 60 % arbeitstätig wäre. Ein höheres Pensum wäre nicht möglich aufgrund der fehlenden privaten Betreuung und weil eine Kinderkrippe bei einem Pensum von 100 % zu teuer wäre. Gemäss der vormaligen Beiständin würde die Versicherte vermutlich einem Teilzeitpensum von 60 % nachgehen und ergänzend Sozialhilfeleistungen beziehen. Mit Einwandschreiben vom 15. Juni 2022 korrigiert der zwischenzeitlich neu eingesetzte Beistand der Versicherten deren Aussage und macht eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfalle geltend. Dies sei aus wirtschaftlichen Gründen erforderlich. Ausserdem habe die Versicherte die hypothetische Frage der Erwerbstätigkeit nicht verstanden oder richtig abstrahieren können (IV-Nr. 220). In der Beschwerdeschrift wird schliesslich vorgebracht, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung mindestens in einem 80%-Pensum erwerbstätig wäre.

Die Tatsache, dass die Tochter der Versicherten aktuell an vier Tagen pro Woche während jeweils neun Stunden und 45 Minuten fremdbetreut wird, ermöglicht der Versicherten grundsätzlich ein Erwerbspensum von 80 %. Die prekären finanziellen Verhältnisse lassen sodann ebenfalls auf ein eher hochprozentiges Erwerbspensum im Gesundheitsfalle schliessen. Gegen die Annahme einer hypothetischen Erwerbstätigkeit von mehr als 60 % sprechen dagegen die Aussage der Versicherten und jene der vormaligen Beiständin anlässlich der Abklärung vor Ort. Es ist allerdings fraglich, ob auf diese Aussagen abgestellt werden kann. Zum Einen ist es ■ wie der Beistand geltend gemacht hat ■ zweifelhaft, ob die Versicherte aufgrund ihrer Minderintelligenz die Bedeutung der hypothetischen Statusfrage vollständig verstanden hat. Zum Anderen ist die Begründung des 60%-Pensums mit dem Argument der zu teuren Kinderkrippe im Falle eines 100%-Pensums nicht stichhaltig. Die Tochter der Versicherten wird bereits heute an vier ganzen Tagen vom G.\_\_\_\_ betreut, womit im Falle eines 80%-Pensums keine Mehrkosten hinzukämen. Im Weiteren erscheint auch die Aussage der vormaligen Beiständin, wonach die Versicherte selbst bei voller Gesundheit Sozialhilfeleistungen beziehen würde, wenig gesichert. Unklar ist insbesondere, auf welche objektiven Anhaltspunkte diese Annahme zurückgreift. Es ist daher von einer subjektiven Mutmassung der Beiständin auszugehen, welche vorliegend nicht zu Ungunsten der Versicherten herangezogen werden darf. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Gegebenheiten erscheint es nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung als überwiegend wahrscheinlich, dass die Versicherte ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in einem 80%-Pensum tätig wäre.

9.3 Als Zwischenfazit kann somit festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit 80 % ausserhäuslich und 20 % im Haushalt tätig wäre. Damit hat sich der Status der Versicherten seit dem letzten rechtskräftigen Rentenentscheid, bei welchem von einer 100%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall ausgegangen wurde, verändert. Ein Revisionsgrund ist demnach gegeben (vgl. BGE 147 V 124 E. 5 und 6). Dies hat zur Folge, dass der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen ist. (vgl. Erwägung II. 3).

10. Zu beurteilen ist im Weiteren die umstrittene Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdegegnerin geht in der angefochtenen Verfügung von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit aus. Die Beschwerdeführerin macht eine Arbeitsfähigkeit von 0 % im ersten Arbeitsmarkt geltend.

10.1 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützt sich die Beschwerdegegnerin auf die RAD-Stellungnahme vom 2. Juni 2021 (IV-Nr. 209), weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Beweiswürdigung entscheidungsrelevanter versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen strenge Anforderungen gelten. Bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit derselben müssen ergänzende Abklärungen vorgenommen werden (vgl. Erwägung II. 4.4).

10.2 Gemäss der regionalärztlichen Beurteilung vom 2. Juni 2021 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit den medizinischen Abklärungen zwischen 2008 und 2013 nicht verändert. Die Versicherte leide seit Geburt an einer neurologischen Störung mit einem Ruhe- und Intentionstremor des gesamten Körpers, besonders im Bereich der Arme und Hände. Daneben seien eine Areflexie und eine Macrocephalie festgestellt worden. Ferner liege eine Entwicklungsstörung vor mit mittelgradigen neurokognitiven Dysfunktionen bzw. eine Intelligenzminderung. Funktionell bestünden erhebliche Einschränkungen für feinmotorische und mittelmotorische Tätigkeiten. Es brauche Anleitung und Unterstützung in administrativen Tätigkeiten. Keine komplexeren intellektuellen Tätigkeiten. Reduzierte Merkspanne und eingeschränktes Arbeitsgedächtnis. Kein Zeitdruck, keine Anforderungen an Umstellungsfähigkeiten, körperlich maximales Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg. Basierend darauf gelangt der RAD zum Schluss, dass die ausgebildete Tätigkeit als Hauswirtschaftspraktikerin die den Ressourcen und Defiziten der Versicherten am besten angepasste Tätigkeit sei. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit betrage die Leistungsfähigkeit 80 % bei einem 100%-Pensum.

Wie vorstehend erwähnt, liegt mit der Statusänderung ein Revisionsgrund vor, womit der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen ist. Dies ist vorliegend ungenügend erfolgt. Die RAD-Stellungnahme beruht auf einer reinen Aktenbeurteilung und legt den Fokus auf den Vergleich des aktuellen Gesundheitszustandes mit jenem im Zeitpunkt des letzten Rentenentscheids. Gewürdigt werden im Wesentlichen die medizinischen Vorberichte aus den Jahren 2008 bis 2013 sowie ein einziger aktueller Arztbericht des behandelnden Psychiaters. Angesichts des multiplen/vielfältigen und langjährigen Beschwerdebilds der Beschwerdeführerin fehlen der RAD-Abklärung somit aktuelle medizinische Untersuchungsbefunde. Wie die RAD-Ärztin zutreffend feststellt, leidet die Beschwerdeführerin seit ihrer Geburt an neurologischen und neurokognitiven Störungen. In

welchem Ausmass sich diese Störungen heute auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken, beurteilt die RAD-Ärztin allerdings unter Berücksichtigung von Untersuchungsbefunden, welche vor zehn bis 15 Jahre erhoben worden sind. Auch das in der RAD-Stellungnahme berücksichtigte Rückenleiden, welches die Versicherte beim Heben und Tragen von Lasten beeinträchtigt, basiert auf einer zehnjährigen Aktenlage. Die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der darauf beruhenden regionalärztlichen Beurteilung erscheint daher zweifelhaft. Geringe Zweifel an der festgestellten 80%igen Arbeitsfähigkeit ergeben sich sodann auch mit Blick auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters und die Tatsache, dass die Versicherte seit Jahren ausschliesslich im zweiten Arbeitsmarkt beschäftigt wird. Sowohl der behandelnde Psychiater als auch die Beschäftigungsstelle K.\_\_\_\_ beurteilen die Beschwerdeführerin als nicht arbeitsfähig im ersten Arbeitsmarkt. Gemäss Leistungsbericht der K.\_\_\_\_ benötige die Versicherte bei der Arbeit eine dauernde Begleitung und sei dem Zeitdruck nicht gewachsen. Der Zeitdruck verstärke zudem das Zittern und führe zu inexakter Arbeit. Im Arztbericht des behandelnden Psychiaters werden im Weiteren eine psychische Instabilität sowie Schwierigkeiten bei der Emotionsregulierung genannt, welche sich negativ auf die Leistungsfähigkeit auswirkten. Damit liegen weitere ■ seitens der RAD-Ärztin nicht berücksichtigte ■ Indizien vor, die gegen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt sprechen.

10.3 Aus all diesen Gründen genügt die RAD-Stellungnahme den strengen Anforderungen an die Beweiswürdigung versicherungsinterner ärztlicher Berichte nicht. Da bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ausreichen, damit rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind, lässt sich im vorliegenden Fall die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die Stellungnahmen des RAD abstützen. Da auch sonst keine beweiswertigen medizinischen Berichte vorliegen, die eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zulassen würden, sind weitere Abklärungen in Form einer Begutachtung in den Bereichen Neurologie und Psychiatrie zu veranlassen.

11.

11.1 Medizinisch ungenügend geklärt ist im Weiteren auch die Frage der Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich. Wie vorstehend dargelegt, bestehen an der versicherungsinternen ärztlichen Abklärung des RAD zumindest geringe Zweifel, weshalb nicht darauf abgestellt werden darf. Daraus folgt, dass die gesundheitliche Situation im Aufgabenbereich ebenfalls ungenügend abgeklärt worden ist. Der Beweiswert einer Haushaltsabklärung hängt unter anderem davon ab, dass die Abklärungsfachfrau Kenntnis der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Von besonderer Wichtigkeit ist vorliegend die medizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Aufgabebereich auch aufgrund der neurokognitiven Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin. Leidet die Versicherte Person an kognitiven Leistungseinbussen, ist es der medizinisch nicht geschulten Abklärungsperson nur beschränkt möglich, das Ausmass der Einschränkungen im Haushalt zu erkennen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_258/2022 vom 14. Dezember 2022 E. 3.2.2 und 6.2 je mit Hinweisen). Es braucht daher weitere medizinische Abklärungen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich.

11.2 Ergänzend ist an dieser Stelle festzuhalten, dass der Abklärungsbericht Haushalt vom 5. Mai 2022 ■ unabhängig von der ungenügenden medizinischen Beurteilungsgrundlage ■ nur teilweise nachvollzogen werden kann. Nach Einschätzung der Abklärungsfachfrau sei

die Versicherte in den Bereichen Ernährung, Wohnungspflege, Einkauf und weitere Besorgungen, Wäsche und Kleiderpflege nicht eingeschränkt. Bei der Kinderbetreuung bestehe eine Einschränkung von 20 % (IV-Nr. 214). Der Aufgabenbereich «Einkauf und weitere Besorgungen» umfasst unter anderem administrative Verrichtungen bezüglich Post, Versicherungen und Arbeitsstellen. Die Versicherte wird bei diesen Aufgaben seit 2009 durch eine Beistandsperson (mit Vertretungs- und Vermögensverwaltungsbefugnissen) unterstützt und vertreten, weil sie diese offensichtlich nicht selber ausüben kann (IV-Nrn. 142.101, 142.75, 142.27, 180, 195, 211 und 215). Entgegen der Annahme der Abklärungsfachfrau ist damit im Bereich «Einkauf und weitere Besorgungen» von einer Beeinträchtigung auszugehen. Auch der behandelnde Psychiater und die RAD-Ärztin stellen im Bereich Administration eine Einschränkung fest (IV-Nrn. 206 und 209). Die Annahme der Abklärungsfachperson, wonach im Bereich «Einkauf und weitere Besorgungen» keine Beeinträchtigung bestehe, leuchtet damit nicht ein. Fraglich erscheint sodann auch die angenommene Einschränkung bei der Kinderbetreuung von 20 %. Diese eher geringe Einschränkung erweist sich ■ in Anbetracht der aus Gründen des Kindeswohls errichteten umfangreichen Unterstützung durch die vier Mal wöchentliche Tagesbetreuung, die Kinderbeistandschaft und die sozialpädagogische Familienbegleitung ■ wenig plausibel. Nach dem Dargelegten ist festzuhalten, dass vorliegend konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Abklärungsberichts Haushalt vom 5. Mai 2022 sprechen. Die Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich kann daher nicht als hinreichend geklärt gelten.

11.3 Für eine umfassende Beurteilung des Leistungsanspruchs der Versicherten bedarf es deshalb ■ nach dem Ergebnis der medizinischen Abklärungen ■ eine erneute Abklärung im Aufgabenbereich in Form eines Haushaltsberichts.

12. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass aufgrund der zumindest geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Abklärungen keine beweismässigen Berichte vorliegen für die Beurteilung der Einschränkungen im Erwerb und im Aufgabenbereich. Es bedarf daher weiterer Abklärungen. Zunächst ist ein medizinisches Gutachten in den Bereichen Neurologie und Psychiatrie sowie gegebenenfalls auch in weiteren Fachbereichen zu veranlassen, wobei sich die Begutachtungspersonen sowohl zur Arbeitsfähigkeit im Erwerb als auch zur Leistungsfähigkeit im Haushalt zu äussern haben werden. Bei der gutachterlich zu klärenden Frage der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin handelt es sich zwar nicht um eine gänzlich ungeklärte Frage, weshalb das Versicherungsgericht die Begutachtung grundsätzlich selbst zu veranlassen hätte (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Da jedoch nach Vorliegen des Gutachtens die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden muss, damit diese gestützt auf das Gutachten eine erneute Haushaltsabklärung veranlasst, rechtfertigt es sich aus prozessökonomischen Gründen, die Angelegenheit bereits im jetzigen Zeitpunkt zur Vornahme der genannten Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat nach den erfolgten Abklärungen neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu befinden. Hierbei hat sie auf den im vorliegenden Urteil festgestellten Status abzustellen. Somit ist die Beschwerde gutzuheissen.

13.

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung wie in der Honorarnote vom 16. November 2022 geltend gemacht auf CHF 2'367.05 festzusetzen (9.1 Stunden zu CHF 230.00 zuzüglich Auslagen von 5 % und MwSt.).

13.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom

#### **E. 10**

August 2022 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfährt und hierauf neu entscheidet.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'367.05 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Baltermia-Wenger

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