

SO_GERICHTE VSBES.2024.254 vom 23. August 2024

SO Obergericht, 2024-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.254

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.254 du 23 août 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.254 del 23 agosto 2024

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 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 23. August 2024 eingetreten ist (Ueli Kieserin: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

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 IVG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den

Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b S. 115).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 4.2 S. 109 f., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen).

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweissmassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht

schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

4.4 Die Regionalen Ärztlichen Dienste (nachfolgend: RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Bei Bedarf können sie selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest. RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden. Die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung. RAD-Berichte nach Art. 49 Abs. 2 IVV, welche den Anforderungen der Rechtsprechung genügen (s. dazu E. II. 4.3 hiervor), kann ein Beweiswert zukommen, der mit jenem von externen medizinischen Gutachten vergleichbar ist. Zudem können auch reine Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.1 f. mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es denn auch zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen abzustellen, wobei jedoch auch bei nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung vom 28. Mai 2019 (IV-Nr. 34) bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 23. August 2024 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des

Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

Wie sich aus den folgenden Erwägungen ergibt, ist der Sachverhalt nicht hinreichend geklärt, was auch für eine mögliche Veränderung gilt. Eine Gegenüberstellung mit der früheren Aktenlage kann daher unterbleiben.

Bezüglich der vorerwähnten strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 Dem Bericht des Spitals D.____ vom 26. Februar 2020 (IV-Nr. 64 S. 3 f.) lässt sich die folgende Diagnose entnehmen:

Zur Anamnese wurde festgehalten, dass vor ca. einem Jahr die Beschwerdeführerin ein cochleovestibuläres Defizit rechts erlitten habe. Im Verlauf habe sich bei unvollständiger Erholung im MRT Schädel ein Akustikusneurinom rechts gezeigt. Die Beschwerdeführerin leide persistierend an einer ausgeprägten Hörminderung rechts sowie an Schwindel und Gangunsicherheit. Letztes Jahr sei ausserdem eine rheumatoide Arthritis diagnostiziert worden. Die Beschwerdeführerin sei aktuell zu 50 % krankgeschrieben und auf Arbeitssuche. Sie möchte gerne wieder in einem Pensum von 50 % als kaufmännische Angestellte arbeiten. Sie wäre sehr motiviert für eine Hörgeräteversorgung. Die neurootologische Untersuchung zeige ein peripher vestibuläres Defizit rechts sowie eine hochtonbetonte Hörstörung mit einem prozentualen Hörverlust nach CPT/AMA von 86 % bei einem Akustikusneurinom rechts. In ihrem Reintonaudiogramm zeige sich eine Schalleitungskomponente, die möglicherweise durch Überhören zustande gekommen sei, dies würden sie im Verlauf nachkontrollieren. Vorgesehen sei eine Vorstellung am interdisziplinären Akustikusneurinomboard am 3. März 2020 und eine anschliessende Besprechung der Befunde und des Procederes mit der Beschwerdeführerin bei Prof. Dr. med. E.____ am 11. März 2020. Bezüglich des Arbeitswunsches der Beschwerdeführerin spreche von ihrer Seite her nichts gegen eine Arbeit als kaufmännische Angestellte in angepasster Tätigkeit (Gleichgewicht, Hörstörung).

5.2 Im Bericht des Spitals D.____ vom 1. Juli 2020 (IV-Nr. 64 S. 1 f.) wurde folgende Diagnose gestellt:

Weiter wird dargelegt, dass die Beschwerdeführerin zur geplanten klinischen und bildgebenden Verlaufskontrolle in die Sprechstunde komme. Die Sprechstunde werde interdisziplinär zusammen mit Frau Dr. F.____ von der Radio-Onkologie durchgeführt, um der Beschwerdeführerin beide Behandlungsoptionen erklären zu können. Bei der Beschwerdeführerin bestehe bekanntermassen das Vestibularisschwannom Koos Grad IV rechtsseitig mit 86%iger Hörminderung rechts und cochleovestibulärem Defizit rechts. Der Schwindel der Beschwerdeführerin habe unter Schwindelphysiotherapie deutlich gebessert und es bestehe unverändert ein Hochtontinnitus rechtsseitig. Im aktuellen MRI vom Juni 2020 zeige sich im Vergleich zu den Voruntersuchungen eine minimale Grössenprogredienz des Vestibularisschwannoms Koos Grad IV rechtsseitig mit breitflächigem Kontakt zum Hirnstamm.

Zur Beurteilung wurde ausgeführt, dass sie aufgrund der Grössenprogredienz des Tumors die Behandlungsindikation als gegeben sehen würden. Sie hätten im interdisziplinären Vestibularisschwannom-Board den Fall der Beschwerdeführerin besprochen und favorisierten leicht die Operation aufgrund der flächigen Anhaftung am Hirnstamm. Sie hätten der Beschwerdeführerin im Rahmen der heutigen interdisziplinären Sprechstunde die

Operationsmöglichkeit als auch die Möglichkeit der Radiochirurgie nochmals detailliert erläutert, wobei sie intensiv auf den zu erwartenden Hörverlust eingegangen seien, egal welche Behandlungsmodalität gewählt werde. Die Beschwerdeführerin habe grosses Interesse an einer operativen Tumor-exstirpation und gleichzeitiger CI-Einlage. Es werde diesbezüglich mit Dr. G.____ von der HNO Kontakt aufgenommen und der Fall in Bezug auf eine mögliche CI-Einlage diskutiert. Sollte dies möglich sein, würde eine Operation zusammen geplant werden. Sollte eine CI-Einlage nicht möglich sein, werde sich die Beschwerdeführerin noch Gedanken machen, ob sie dann die Radiochirurgie durchführen lassen möchte.

5.3 Mit Bericht vom 19. August 2020 des Spitals D.____ (IV-Nr. 72.2 S. 11 f.) wurde über die Erstkonsultation vom 17. August 2020 berichtet. Es wurden folgende Diagnosen gestellt:

Weitere Diagnosen

Weiter wurde dargelegt, dass sich bei der Beschwerdeführerin in der aktuellen Bildgebung eine Grössenprogredienz des Vestibularisschwannoms rechtsseitig gezeigt habe. Aufgrund der Dynamik und der Grösse des Tumors sei zuerst ein chirurgisches Vorgehen indiziert. Eine Operation sei jedoch seitens der Beschwerdeführerin abgelehnt worden. Heute würden sie die Beschwerdeführerin zur Beratung einer stereotaktischen Radiochirurgie als zweite Therapieoption sehen. Die Beschwerdeführerin berichte über den bekannten Hörverlust am rechten Ohr und einen Tinnitus, der sich bei Anstrengung verstärke. Letzteres führe dazu, dass sie nach berufsbedingten Telefonaten regelmässig Pausen benötige. Schwindel habe sie derzeit weniger und auch ihr Gleichgewicht habe sich verbessert. Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen bestünden nicht. In der klinischen Untersuchung präsentiere sich die Beschwerdeführerin in einem sehr guten AZ (ECOG 0). In der neurologischen Untersuchung mit Fokussierung auf die Hirnnerven hätten sich keine Defizite gezeigt, abgesehen des bekannten Hörverlustes. Sie hätten die Beschwerdeführerin anhand eines standardisierten Aufklärungsbogens unter besonderer Berücksichtigung ihrer individuellen Krankheitssituation über Indikation, Durchführung und mögliche Nebenwirkungen der Strahlentherapie aufgeklärt. Geplant sei die Radiochirurgie am Cyberknife mit voraussichtlich einer Fraktion. Die Beschwerdeführerin habe sich mit dem vorgeschlagenen Prozedere einverstanden erklärt.

5.4 Dem Bericht des Spitals D.____ vom 18. November 2020 (IV-Nr. 72.2 S. 7 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Weitere Diagnosen

Es handle sich hierbei um eine Krankheit, ein gutartiger Tumor, der vom Gleichgewichtsnerv ausgehe. Durch die von ihnen durchgeführte stereotaktische Radiochirurgie mit dem Ziel einer lokalen Kontrolle könne in den meisten Fällen ein Progress des Tumors für längere Zeit verhindert werden. Bei guter Verträglichkeit der Radiochirurgie seien während der Therapie und drei Wochen posttherapeutisch keine akuten Nebenwirkungen der Bestrahlung aufgetreten. Bei der letzten Nachkontrolle vom 30. September 2020 habe die Beschwerdeführerin über weiterhin bestehenden Hörverlust am betroffenen rechten Ohr berichtet (86 % und subjektive Besserung der Tinnitus-Symptomatik). Klinisch habe sich die Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand präsentiert, ausser der obengenannten Symptomatik habe sich kein Hinweis auf weitere neurologische Defizite gezeigt. Sie hätten die Beschwerdeführerin im

Rahmen der Behandlung und posttherapeutischen Erholungspause für ca. vier Wochen begrenzt arbeitsunfähig geschrieben. Für weitere spezialärztliche Berichte werde auf den Hausarzt der Beschwerdeführerin (Herrn Dr. med. I.____) verwiesen.

5.5 Dem Bericht von Dr. med. I.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 28. November 2020 (IV-Nr. 72.2 S. 4 ff.) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit dem 14. Januar 2020 bei ihm in Behandlung sei. Dr. med. I.____ führte zu den aktuellen subjektiven Beschwerden aus, dass bei St. n. Behandlung des Schwannoms weiterhin eine deutliche Hörverminderung rechts und morgendlich leichter Schwindel bestehe. Bei St. n. Knie TP li und Gonarthrose rechts könne die Beschwerdeführerin keine längeren Strecken gehen. Es bestehe ein mässiges Hinken. Wegen der cP mit Befall der Fingergelenke sei die Beschwerdeführerin ebenfalls eingeschränkt. Nach seiner Einschätzung bestehe als KV-Angestellte realistisch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Er erwarte nicht, dass sich in absehbarer Zeit etwas daran ändere.

5.6 Am 11. Dezember 2020 erging der Bericht von Dr. med. J.____, Leitender Arzt Medizin / Rheumatologie, Spital K.____ (IV-Nr. 72.2 S. 1 ff.) mit folgenden Diagnosen:

DXA 23. Juli 2019: T-Score Hüfte links -0.3, LWS (L1-3) 0.9

Dr. med. J.____ legte im Weiteren dar, unter einer Basistherapie mit Olumiant 4 mg pro Tag und Leflunomid 20 mg pro Tag in Kombination mit Spincort im Schnitt 2 mg pro Tag sei die Beschwerdeführerin von Seiten der Gelenke weitgehend beschwerdefrei, wobei sie insbesondere eine relevante Morgensteifigkeit oder nächtliches schmerzbedingtes Erwachen verneine. Klinisch fehlten entsprechend floride Gelenk- oder Tenosynovitiden sowie laborchemische Entzündungszeichen. Zwischenzeitlich habe planmässig eine stereotaktische radiochirurgische Behandlung des Vestibularis-Schwannoms Koos Grad IV rechts stattgefunden. Diesbezüglich wolle die Beschwerdeführerin sich nun bei der IV anmelden. Im Übrigen werde sie die etablierte antirheumatische Therapie unverändert fortführen. Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. J.____ aus, die Beschwerdeführerin sei KV-Angestellte, die Kündigung sei aufgrund längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von Seiten des Arbeitgebers per 31. Mai 2019 erfolgt. Es sei eine berufliche Weiterbildung unter Ägide des RAV mit Instruktion in Social media und Informatik bis am 6. Dezember 2019 erfolgt, die Beschwerdeführerin habe probeweise zwei Tage im kaufmännischen Bereich der M.____ absolviert, wobei ihr das Stellenprofil zugesagt würde. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

5.7 Die MR-Untersuchung Felsenbein Nativ und KM vom 25. Februar 2021 im Spital D.____ hat folgende Beurteilung ergeben (IV-Nr. 79): Zur letzten VU vom 31. August 2020 leicht grössenregredientes Vestibularisschwannom im Kleinhirnbrückenwinkel rechts (Koos Grad IV) mit zunehmender zentraler Nekrose. Regrediente Kompression des angrenzenden N. trigeminus und zerebellaren Pedunkel.

5.8 Am 19. Februar 2021 berichtete der behandelnde Rheumatologe Dr. med. J.____, Spital K.____, über die Sprechstunde vom 14. Januar 2021 (IV-Nr. 80). Er legte dar, dass die Beschwerdeführerin von Seiten der Gelenke weiterhin beschwerdearm sei, wobei punktuell Fingergelenksarthralgien nach grösseren Belastungen aufgetreten seien, welche die Beschwerdeführerin selbständig mittels Erhöhung der Spiricort Tagesdosis auf maximal 3 mg behandle. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung fehlten floride Gelenk- oder Tenosynovitiden und laborchemisch imponierten normale Entzündungsparameter. Insofern sei von einer guten Kontrolle der rheumatoiden Arthritis unter Olumiant 4 mg pro Tag,

Leflunomid 10 mg pro Tag und Low-Dose-Prednisolon auszugehen. Dr. med. J.____ habe die etablierte Therapie fortgeführt. Ferner hielt er erneut fest, dass aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe.

5.9 Am 16. März 2021 erging der Bericht des SpitalsD.____(IV-Nr. 84 S. 11 f.). Zur Zwischenanamnese wurde dargelegt, dass die Beschwerdeführerin sich heute, ca. ein halbes Jahr nach stereotaktischer Radiotherapie am Cyberknife bei bekanntem Vestibularisschwannoms rechts, zur klinischen Nachkontrolle und Befundbesprechung der letzten MRI-Bildgebung in der radio-onkologischen Sprechstunde vorstelle. Die Beschwerdeführerin berichte, dass es ihr aktuell gut gehe. Ab und zu, vor allem im Liegen, meistens nachts, merke sie einen leichten Druck auf dem rechten Ohr. Seit den letzten Monaten sei der Tinnitus nicht mehr so ausgeprägt. Hörminderung bestehe weiterhin unverändert. Andere Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörungen oder Übelkeiten habe sie nicht. Im T.____ würden regelmässig Untersuchungen geplant. Die letzte Untersuchung am 22. Februar 2021 habe keine Verschlechterung gezeigt. Klinisch präsentiere sich die Beschwerdeführerin in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Abgesehen von der oben genannten Symptomatik zeige sich kein Hinweis auf ein neu aufgetretenes neurologisches Defizit. In der neurootologischen Untersuchung vom 22. Februar 2021 hätten sich weiterhin Zeichen eines peripheren vestibulären Defizites rechts sowie eine hochtonbetonte Hörstörung mit einem prozentualen Hörverlust nach CPT-AMA von 76 % bei einem Akustikusneurinom rechts gezeigt, im Vergleich zum Vorbefund ohne Verschlechterung (vgl. IV-Nr. 85). In der aktuellen MRI-Felsenbein-Bildgebung vom 25. Februar 2021 zeige sich ein leicht grössenregredientes Vestibularisschwannom im Kleinhirnbrückenwinkel rechts (Koos Grad IV) mit zunehmender zentraler Nekrose. Zudem zeige sich eine regrediente Kompression des angrenzenden N. trigeminus und zerebellären Pedunkel. Bei subjektiv leichter Verbesserung der Symptomatik und bei gutem Ansprechen auf die Radiotherapie mit regredientem Vestibularisschwannom sei mit der Beschwerdeführerin eine nächste Verlaufskontrolle mittels MRI nach 6 Monaten (Ende August 2021) vereinbart worden. Anschliessend werde die Beschwerdeführerin zur Befundbesprechung und klinischen Kontrolle in der radio-onkologischen Sprechstunde aufgeboten. Die Kollegen der HNO-Klinik würden um ein Aufgebot der Beschwerdeführerin für eine erneute neurootologische Untersuchung für August 2021 gebeten.

5.10 Dem Bericht von Prof. Dr. med. N.____, Chefarzt Orthopädie und Traumatologie, Spital K.____, vom 4. Mai 2021 lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 88 S. 2 f.):

Weiter legte Prof. Dr. med. N.____ dar, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine schwerste Gonarthrose. Formal stelle er hier sicherlich die Indikation zur Implantation einer Knie-Totalendoprothese. Das Röntgenbild sei eins, die Beschwerden der Beschwerdeführerin etwas anderes. Sie sei aktuell kompensiert und könne im Juni einen Arbeitsversuch starten. In ihrem Alter sei es sicher nicht einfach eine Stelle zu finden. Bei kompensierter Beschwerdeführerin ohne viele Schmerzmittel mit Chondrosultherapie sei für ihn die Indikation immer relativ. Er mache die Implantation einer Knieprothese abhängig von den Beschwerden der Patienten. Aktuell sei die Beschwerdeführerin kompensiert. Ein Arbeitsversuch stehe an, so dass die Operation nicht dringlich sei. Sofern die Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf aber zunehmend dekomponiert sei, ihre Lebensqualität eingeschränkt und man mit konservativen Massnahmen nicht mehr Herr der

Situation werde, sei die Indikation zur Implantation einer Knie-Totalendoprothese klar gegeben. Sie würden diese typischerweise mit patientenspezifischen Schnittblöcken durchführen. Eine Wartezeit von sechs Wochen sei zu erwarten, nachdem die Beschwerdeführerin sich bei ihnen für eine allfällige Operation angemeldet habe.

5.11 Die MR-Untersuchung Felsenbein Nativ und KM vom 27. August 2021 im Spital D.____ hat folgende Beurteilung ergeben (IV-Nr. 100): Zur letzten VU vom 25. Februar 2021 weiterhin gering grössenregredientes Vestibularisschwannom im Kleinhirnbrückenwinkel rechts (Koos Grad IV). Regrediente Kompression des angrenzenden zerebellären Pedunkel.

5.12 Die neurootologische Untersuchung im Spital D.____ vom 13. September 2021 (IV-Nr. 101 S. 3 f.) hat ergeben, dass die klinische Vestibularisuntersuchung weiterhin Zeichen eines peripheren vestibulären Defizits rechts sowie eine hochtonbetonte Hörstörung mit einem prozentualen Hörverlust nach CPT/AMA von 76 % bei einem Akustikusneurinom rechts zeige, im Vergleich zum Vorbefund ohne Verschlechterung.

5.13 Die Beschwerdeführerin unterzog sich am 1. Dezember 2021 bei gestellter Diagnose eines instabilen Knies links bei St. n. Knieluxation bei liegender Knieprothese einer Operation im Spital K.____ (vgl. Operationsbericht vom 1. Dezember 2021; IV-Nr. 106.3 S. 10 f.). Dem Austrittsbericht des Spitals K.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 6. Dezember 2021 (IV-Nr. 106.3 S. 6 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Nebendiagnosen

()

Weiter wurde dargelegt, dass die Vorstellung im Notfallzentrum erfolgt sei, nachdem die Beschwerdeführerin ausgerutscht und auf das linke, prothetisch versorgte Knie gestürzt sei. Initial habe sich das Knie in Varusstellung abstehend mit stärksten Schmerzen sowie einem sensomotorischen Ausfall des Nervus tibialis gezeigt. Auf dem Notfall sei die geschlossene Reposition in Kurznarkose mit Stabilitätstestung erfolgt, wobei sich eine multidirektionale Instabilität gezeigt habe. Es sei die Ruhigstellung im Gipstutor erfolgt. Klinisch nach Reposition persistent leichte Sensibilitätsminderung an Fusssohle und abgeschwächter A. tib. posterior Puls bei kräftigem A. dorsalis pedis Puls. CT-angiographisch habe sich eine intakte Gefässsituation gezeigt. Es sei die stationäre Aufnahme der Beschwerdeführerin zur operativen Revision mittels einer gekoppelten Prothese erfolgt. Die Sensibilitätsminderungen an der Fusssohle seien im Verlauf regredient gewesen. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die Erstmobilisation sei unter physiotherapeutischer Anleitung problemlos gelungen. Eine radiologische Nachkontrolle habe regelrechte Stellungsverhältnisse der eingebrachten Prothese gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen sowie intakter peripherer Sensomotorik nach Hause entlassen werden können.

5.14 Am 23. Februar 2022 nahm Dr. med. B.____, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, vom RAD, Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 107). Sie führte aus, bei der Diagnose Vestibularis-Schwannom Koos IV ED Mai 2019 handle es sich um einen gutartigen Tumor im Bereich des Kleinhirnbrückenwinkels. Aufgrund dieser Diagnose habe die Beschwerdeführerin unter einer Schwindelsymptomatik sowie einer Hörstörung (Schwerhörigkeit) gelitten. Der Tumor sei am 8. September 2020 bestrahlt

worden und habe seither einen stabilen, abnehmenden Verlauf gezeigt (letzte Kontrolle aktenkundig am 30. August 2021 im D.____). Hinsichtlich der Schwindelproblematik würden keine Beschwerden aktuell beklagt (Bericht T.____, Spital D.____, 13. September 2021), die Hörproblematik sei durch ein Hörgerät zwischenzeitlich kompensiert worden. Weitere relevante med. Einschränkungen diesbezüglich seien nicht dokumentiert. Was die Diagnose einer seropositiven rheumatoiden Arthritis ED Mai 2004 anbelangt, so seien im Bericht von Dr. med. J.____, Spital K.____, vom 11. Juni 2021 ruhebetonte Gelenksbeschwerden durch die Beschwerdeführerin verneint, jedoch belastungsabhängige Knieschmerzen rechts mit hinkendem Gangbild beschrieben worden. Das Röntgenbild zeige im rechten Knie eine fortgeschrittene Gonarthrose, hinsichtlich der rheumatoiden Arthritis bei stabilen Entzündungsparametern bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich der Kniebeschwerden schreibe der Orthopäde des Spitals K.____ Prof. Dr. med. N.____ am 4. Mai 2021, dass die Beschwerdeführerin kompensiert sei und eine Verbesserung der Problematik unter der durch den Hausarzt begonnenen Therapie mit Chondrosulf verspüre. Die Beschwerdeführerin selbst teile schriftlich am 23. April 2021 mit (DMS 28. April 2021), dass ihr die hausärztlich begonnene Therapie "sehr dienlich" sei und sie wieder arbeiten gehen könne und eine etwaige OP in das "Pensionsalter hinausschieben" könne. Am 26. November 2021 habe die Beschwerdeführerin einen Unfall erlitten und habe das prothetisch versorgte Kniegelenk insgesamt zweimalig reponiert bekommen. Es habe sich peri- und postoperativ ein unkomplizierter Verlauf gezeigt, die röntgenologische Kontrolle habe regelrechte Stellungsverhältnisse gezeigt (Bericht K.____, Orthopädie vom 28. November 2021: "Die Sensibilitätsminderungen an der Fusssohle waren im Verlauf regredient. Der peri- und postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Die Erstmobilisation gelang unter physiotherapeutischer Anleitung problemlos. Eine radiologische Nachkontrolle zeigte regelrechte Stellungsverhältnisse der eingebrachten Prothese."). Hinsichtlich der weiteren bekannten Diagnosen (Art. Hypertonus, CTS rechts (klinisch), Prurigo Simplex subacuta) würden keine IV-relevanten Einschränkungen benannt oder ärztlicherseits dokumentiert. Zusammenfassend lasse sich spätestens seit dem letzten Bericht des T.____ vom 13. September 2021 kein IV-relevanter Gesundheitsschaden darstellen, die diagnostizierten Pathologien seien behandelt worden und/oder seien kompensiert. Die bisherigen akutmedizinischen Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen der jeweiligen Pathologien seien für den RAD nachvollziehbar und könnten übernommen werden.

5.15 Dem Bericht des Spitals K.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 9. März 2022 (IV-Nr. 110) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin sich zur planmässigen klinisch-radiologischen Verlaufskontrolle drei Monate postoperativ vorgestellt habe. Auf der linken Seite bestehe bei der Beschwerdeführerin ein regelrechter Verlauf. Klinisch sowie radiologisch bestehe ein erfreulicher Befund. Auf der rechten Seite präsentiere sich eine fortgeschrittene Gonarthrose mit bereits Subluxationsstellung. Da bestehe in der Zukunft die Gefahr eines sekundären tibialen Einbruches. In einem solchen Fall müsste ein komplexerer Eingriff mit knöchernem Aufbau durchgeführt werden. Das Krankheitsbild werde der Beschwerdeführerin ausführlich erklärt. Es werde eine zeitnahe prothetische Versorgung auf der rechten Seite empfohlen, um zukünftig einen Knochenverlust und sekundären Einbruch zu vermeiden. Es werde eine Knie-TP GMK SPHERE mit Bereitschaft auf Umstellung auf ein Semiconstraint-Design vorgeschlagen. Die Beschwerdeführerin werde sich die Therapieoptionen noch überlegen und sich mit ihnen in Verbindung setzen. Es werde ihr noch eine Verordnung zur Anfertigung von

orthopädischen Schuheinlagen nach Mass für den Beinlängenausgleich mitgegeben. Ansonsten klinisch-radiologische Verlaufskontrolle ein Jahr postoperativ rechts.

5.16 Die neurootologische Untersuchung vom 23. August 2022 im Spital D.____ hat ergeben, dass die klinische Vestibularisuntersuchung das bekannte peripher vestibuläre Defizit rechts sowie eine hochtonbetonte Hörstörung mit einem prozentualen Hörverlust nach CPT/AMA von 76 % rechts zeige, im Vergleich zum Vorbefund ohne Verschlechterung. Vorgesehen sei nun eine MR-Verlaufsbildgebung und eine anschliessende Besprechung des Befundes und des Procederes bei den Kollegen der Radioonkologie (vgl. Bericht vom 26. September 2022, IV-Nr. 114 S. 9 f.).

5.17 Dem Austrittsbericht (provisorisch) des Spitals K.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 29. September 2022 (IV-Nr. 114 S. 2 ff.) lässt sich entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin am 29. September 2022 bei gestellter Diagnose einer destruierenden Gonarthrose rechts mit/bei ausgeprägtem "Varus thrust" einer Operation unterzogen hat (Knie-Totalendoprothese GMK SPHERE Augmented Reality kinematic alignment [Femur Gr 3 SPHERE unzementiert/Tibia 2 zementiert /Inlay 10mm, Refobacinzement Optipac 60 cc] rechts).Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die postoperative Röntgenkontrolle habe eine regelrechte Stellung der eingebrachten Prothese gezeigt. Die Erstmobilisation sei physiotherapiebegleitet problemlos gelungen.Die Beschwerdeführerin habe in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können. Bei Austritt sei Treppensteigen möglich gewesen und die Kniegelenksbeweglichkeit habe Flexion/Extension XX/0/0° betragen.

5.18 Mit Bericht vom 9. Januar 2023 legte der behandelnde Arzt Prof. Dr. med. N.____, Chefarzt Orthopädie und Traumatologie, dar (IV-Nr. 124), dass sich ein zeitgerechtes Resultat nach dieser Operation bei subluxiertem Kniegelenk zeige. Er empfehle weiterhin Physiotherapie zum Kraftaufbau. Es werde in neun Monaten die klinisch-radiologische 1-Jahreskontrolle geplant. Bis dahin werde die Behandlung abgeschlossen.

5.19 Am 17. Januar 2024 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. B.____ erneut Stellung zu den aktuellen Berichten (Bericht Rheumatologie Spital K.____ vom 4. März 2022, Bericht T.____ vom 26. September 2022 sowie Bericht Orthopädie Spital K.____ vom 9. Januar 2023). Sie führte aus, die vorgelegten aktuellen Berichte würden keine relevanten neuen versicherungsmedizinischen Erkenntnisse ergeben. An der RAD-Beurteilung könne weiterhin festgehalten werden (IV-Nr. 139).

Mit Aktennotiz vom 1. März 2024 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. B.____ Stellung zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit vor dem 13. September 2021 (IV-Nr. 141). Sie führte aus, dass in der RAD-Stellungnahme vom 23. Februar 2022 mitgeteilt worden sei, dass vorab aus versicherungsmedizinischer Sicht die akutmedizinischen Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen übernommen werden könnten. Diese würden im Folgenden daher benannt:

Die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen des Hausarztes mit einer attestierten "dauernden" 50%igen Arbeitsfähigkeit seit Mai 2019 (z.Hd. des P.____) vom

E. 6

November 2020 seien anhand der fachärztlichen positiv verlaufenden Befundberichte mit Beschrieb der diversen Therapieoptionen aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht

nachvollziehbar. Der Hausarzt selbst beschreibe als Grund die rechtsseitige Hörminderung mit cochleovestibulärem Defizit rechts und rechtsseitigen Hochtontinnitus. Die Gleichgewichtsstörungen träten nur bei erhöhtem Stress auf. Hierzu im Einzelnen: Die Beschwerden (Hörminderung, Tinnitus, Gleichgewicht) seien gut verbesser- und behandelbar ■ wie von den HNO-Spezialisten beschrieben. Hinsichtlich des gutartigen Tumors des sog. Vestibularisschwannoms, das die Gleichgewichtsproblematik verursache (cochleovestibuläres Defizit) bestünden diverse Therapieoptionen: In erster Linie durch chirurgisch operative Massnahmen und in zweiter Linie einer stereotaktischen Radiochirurgie (HNO-Bericht vom 19. August 2020, Dr. F.____). Hinsichtlich der Hörminderung werde die Hörgeräteversorgung empfohlen. Ebenfalls werde zur Behandlung die Cochlea Implant Versorgung und BAHA rechtsseitig empfohlen (Prof. Q.____, HNO D.____ vom 27. August 2020). Weiterhin Schwindelphysiotherapie (Bericht Prof. R.____, 1. Juli 2020).

Gemäss dem Spezialisten des T.____, Spital D.____, vom 26. Februar 2020 Prof. Dr. S.____ spreche "nichts gegen eine Arbeit als kaufmännische Angestellte in angepasster Tätigkeit (Gleichgewicht, Hörstörung)". Dies im Rahmen des unbehandelten akutmedizinischen Zustandsbildes prä-OP und ohne die empfohlene Hörgeräteversorgung. Zudem handle es sich im Rahmen dieser passageren Einschränkungen um gut kompensierbare Symptomaten auch in der angestammten Tätigkeit (überwiegend sitzend ohne erhöhte Anforderung an das Gleichgewicht, Telefonieren linksseitig: "vollkommen normales Hörvermögen linksseitig■, "Sprachaudiometrie: Links normales Sprachverstehen". Prof. Q.____, HNO D.____ vom 27. August 2020). Es sei zudem am 1. Juli 2020 dokumentiert, dass bereits nach der durchgeführten Schwindelphysiotherapie sich der Schwindel "deutlich gebessert" habe (Bericht Prof. R.____, 1. Juli 2020). Der rechtsseitige Tinnitus habe sich nach der Radiochirurgie zurückgebildet (Dr. F.____, Spital D.____, 27. Oktober 2020). Hinsichtlich der nebenbefundlich ebenfalls bestehenden rheumatoiden Arthritis bestehe ebenfalls gemäss fachärztlich rheumatologischer Beurteilung Dr. J.____, Spital K.____, vom 11. Dezember 2020 "aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit".

Am 4. März 2024 ergänzte die RAD-Ärztin Dr. med. B.____ ihre Stellungnahme zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Diagnose "Z.n. Anteriore Knieprothesenluxation links 26. November 2021". Am 26. November 2021 habe die Beschwerdeführerin einen Unfall erlitten und habe das prothetisch versorgte Kniegelenk insgesamt zweimalig reponiert bekommen. Es habe sich peri- und postoperativ ein unkomplizierter Verlauf gezeigt, die röntgenologische Kontrolle habe regelrechte Stellungsverhältnisse gezeigt (Bericht K.____, Orthopädie, vom 28. November 2021: "Die Sensibilitätsminderungen an der Fusssohle waren im Verlauf regredient. Der peri- und postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Die Erstmobilisation gelang unter physiotherapeutischer Anleitung problemlos. Eine radiologische Nachkontrolle zeigte regelrechte Stellungsverhältnisse der eingebrachten Prothese."). Es sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 26. November 2021 (Unfallereignis) bis 9. Januar 2022 auszugehen (s. Arztzeugnis vom 28. November 2021, Fallchronik 22. Dezember 2021).

5.20 Dem Bericht von Dr. med. J.____, Spital K.____, vom 31. Mai 2024 (IV-Nr. 147 S. 20 ff.) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Konsultation am 5. April 2022 ruhebetonte Gelenkbeschwerden unter Olumiant 2 mg/Tag, Leflunomid 20 mg/Tag und Spiricort 2.5 mg/Tag verneint habe, wobei insbesondere auch eine relevante

Morgensteifigkeit und nächtliches schmerzbedingtes Erwachen verneint worden seien. Andererseits hätten die belastungsabhängigen Schmerzen im Rahmen der fortgeschrittenen sekundären Gonarthrose rechts zugenommen, so dass sich die Beschwerdeführerin dann doch für die Implantation einer Totalprothese entschieden habe. Zusätzlich sei es im Zusammenhang mit einem Sturz zu einer Luxation der Teilprothese des linken Kniegelenkes gekommen, wobei die Entfernung und Implantation einer Revisions-Knieprothese am 1. Dezember 2021 komplikationslos verlaufen sei. Mit dem funktionellen Ergebnis sei die Beschwerdeführerin zufrieden, indem sie nur mehr ein leichtes Steifigkeitsgefühl verspürt habe. Bis zur Kontrolle am 5. Juli 2022 habe die Beschwerdeführerin offenbar infolge einer Putzaktion im häuslichen Umfeld Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenks und der rechten Schulter entwickelt, wobei sie auch den Elektrosmog verantwortlich gemacht habe. Sie habe in der Folge von sich aus Olumiant auf 4 mg pro Tag erhöht und Tilur 90 mg ret 3 x pro Tag genommen bei unveränderter Fortführung von Leflunomid 20 mg pro Tag und Spiricort 2.5 mg pro Tag. Damit hätten im Rahmen der Konsultation keine Synovitiden festgestellt werden können bei schmerzfreier Motilität des rechten Handgelenks und der rechten Schulter. Es sei von einer guten Kontrolle der rheumatoiden Arthritis auszugehen gewesen. Andererseits seien punktuell mechanische Gelenkbeschwerden im Rahmen der sekundären Arthrose aufgetreten, welche die Beschwerdeführerin z.T. selbstständig mit Erhöhungen der Spiricort-Dosis therapiere. Die diesbezüglichen Risiken habe er, Dr. med. J. ____, mit der Beschwerdeführerin thematisiert. Anlässlich der Konsultation am 4. Oktober 2022 hätten sich weiterhin keine Synovitiden gefunden und die Beschwerdeführerin habe die Knie-Totalprothesenimplantation am 29. September 2022 gut überstanden. Anlässlich der Konsultationen am 3. Januar, 4. April und 4. Juli 2023 sei die Beschwerdeführerin vonseiten der Gelenke beschwerdearm gewesen unter Olumiant 4 mg pro Tag, Leflunomid 20 mg pro Tag und Spiricort 2.5 mg pro Tag. Eine Reduktion der Spiricort-Tagesdosis auf 1.25 mg pro Tag habe offenbar wieder zu vermehrten Gelenkbeschwerden geführt, wobei die Beschwerdeführerin auch die sommerlichen Temperaturen dafür verantwortlich gemacht und die Spiricort-Dosis wieder auf 2.5 mg pro Tag erhöht habe. Anlässlich der Konsultation am 3. Oktober 2023 sowie 9. Januar und

E. 9

April 2024 hätten weiterhin Synovitiden gefehlt, wobei eine aktivierte Arthrose des DIP-Gelenks V rechts im Vordergrund gestanden sei. Die Beschwerdeführerin habe deswegen Spiricort nicht unter 2.5 mg pro Tag reduziert bei unveränderter Fortführung von Leflunomid 20 mg pro Tag und Olimiant 4 mg pro Tag.

5.21 Zum genannten Bericht von Dr. med. J. ____ vom 31. Mai 2024 nahm die RAD-Ärztin am 26. Juni 2024 Stellung (IV-Nr. 149). Sie legte dar, der leitende Arzt Rheumatologie schreibe zur Arbeitsfähigkeit, dass die Beschwerdeführerin als KV-Angestellte eine Weiterbildung unter Ägide des RAV mit Instruktion Social Media und Informatik absolviert habe. Aus rheumatologischer Sicht bestünde diesbezüglich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus RAD-Sicht sei diese Beurteilung angesichts des beschriebenen klinischen Verlaufs nachvollziehbar, IV-gestützte berufliche Massnahmen seien somit nicht indiziert. Weitere Abklärungen seien aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht angezeigt.

6. Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 23. August 2024 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. B. ____ vom 23. Februar 2022, 1. März 2024

sowie 4. März 2024 und erklärte diese auch zum integrierenden Bestandteil der Verfügung (A.S. 2). Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf diese davon aus, dass kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vorliege.

Da die RAD-Ärztin Dr. med. B. ___ die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht und daher eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat, ist festzuhalten, dass ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage beweiskräftig sein kann, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Die Stellungnahmen zum medizinischen Sachverhalt von Dr. med. B. ___ werden diesen Anforderungen in mehrfacher Hinsicht nicht gerecht, weshalb ihre Stellungnahmen vom 23. Februar 2022, 1. März 2024 und 4. März 2024 als Entscheidungsgrundlage nicht tauglich sind. So hat eine Abklärung des medizinischen Sachverhalts mit Blick auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit und damit die Rentenberechtigung nur am Rande stattgefunden. Zur Arbeitsfähigkeit haben sich neben der RAD-Ärztin einzig der behandelnde Hausarzt Dr. med. I. ___ im Bericht vom 18. November 2020 (vgl. E. II. 5.5 hiervor) sowie der behandelnde Rheumatologe Dr. med. J. ___, Spital K. ___, am 11. Dezember 2020 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) geäußert. Dr. med. I. ___ ging von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte aus. Dr. med. J. ___ führte aus, aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Ärzte des T. ___ des Spitals D. ___ äusserten sich einzig im Bericht vom 26. Februar 2020 zu dieser Frage (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Sie führten aus, die Beschwerdeführerin würde gerne wieder in einem Pensum von 50 % als kaufmännische Angestellte arbeiten. Bezüglich des Arbeitswunsches der Beschwerdeführerin spreche von ihrer Seite her nichts gegen eine Arbeit als kaufmännische Angestellte in angepasster Tätigkeit (Gleichgewicht, Hörstörung). Im weiteren Verlauf blieb eine klare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit jedoch aus. Ferner ist festzuhalten, dass sich die RAD-Ärztin bezüglich der Hörproblematik der Beschwerdeführerin widersprüchlich geäußert hat. So führte sie einerseits aus, die Hörproblematik sei durch ein Hörgerät zwischenzeitlich kompensiert worden (vgl. E. II. 5.14 hiervor). Am 1. März 2024 führte sie hingegen aus, hinsichtlich der Hörminderung werde die Hörgeräteversorgung empfohlen (vgl. E. II. 5.19 hiervor). Aus orthopädischer Sicht lässt sich den vorliegend ins Recht gelegten Akten entnehmen, dass die Beschwerdeführerin sich am 1. Dezember 2021 bei gestellter Diagnose eines instabilen Knies links bei St. n. Knieluxation bei liegender Knieprothese einer ersten Knieoperation (Entfernung Knieprothese und Implantation RevisionsKTP mit Femur Gr 1 Stern 18/65, Wedge distal 8mm bds, Tibia Gr 2 Inlay 12mm Hinge Stern 13/65, Sterns unzementiert, Femur Tibia zementiert mit Optipac; IV-Nr. 106.3 S. 6 ff.) unterzogen hat (vgl. E. II. 5.12 hiervor). Am 29. September 2022 folgte schliesslich bei Vorliegen einer destruierenden Gonarthrose rechts eine weitere Knieoperation (Knie-Totalendoprothese GMK SPHERE Augmented Reality kinematic alignment [Femur Gr 3 SPHERE unzementiert/Tibia 2 zementiert/Inlay 10mm, Refobacinzement Optipac 60 cc] rechts; vgl. E. II. 5.16 hiervor). Zwar zeigte sich der Heilungsverlauf in der Folge im Wesentlichen regelrecht. Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nach den erfolgten beiden Operationen äusserten sich die behandelnden Ärzte jedoch nicht. Und die Beschwerdegegnerin unterliess es in der Folge auch, bei den behandelnden Ärzten im Spital K. ___ eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einzuholen. Die Einschätzung der RAD-Ärztin beruht lediglich auf einer kurzen Aktenbeurteilung, in welcher weder eine Auseinandersetzung mit den vorhandenen

medizinischen Berichten erfolgte, noch die Einschätzung der RAD-Ärztin begründet wurde, es bestehe kein IV-relevanter Gesundheitsschaden. Sodann hat sie die Versorgung des rechten Knies der Beschwerdeführerin mit einer Totalprothese in ihrer Stellungnahme vom 17. Januar 2024 (vgl. IV-Nr. 139) zwar erwähnt, aber sich nicht weiter damit auseinandergesetzt. Demnach erscheint es fraglich, ob gestützt auf die vorliegende Aktenlage und ohne dass die Beschwerdegegnerin eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte eingeholt hat, eine reine Aktenbeurteilung ausreichend war. So ist eine solche nur beweistauglich, wenn die Akten einen vollständigen Überblick über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit die berichterstattende Person imstande ist, sich auf Grund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 9C_415/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 4.2 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind angesichts der vorliegenden Aktenlage nicht erfüllt. Schliesslich ist auch zu berücksichtigen, dass Dr. med. B. ___ keine Spezialärztin für orthopädische Erkrankungen ist. Zwar benötigen RAD-Ärzte nicht zwingend einen spezifischen Facharzttitel, wenn sie lediglich die vorhandenen Akten würdigen, ohne einen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV zu erstellen. Vorliegend beschränkte sich Dr. med. B. ___ jedoch nicht darauf, die vorhandenen Akten zu würdigen. Vielmehr nahm sie eine eigenständige medizinische Beurteilung des orthopädischen Leidens vor, was eine spezifische fachärztliche Qualifikation voraussetzt, zumal ihre Beurteilung die Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs bildete (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_342/2023 vom 7. Dezember 2023 E. 5.7.3 mit Hinweisen). Und im Hinblick darauf, dass die Beschwerdeführerin an mehreren Beschwerden aus unterschiedlichen Fachdisziplinen leidet, fehlt es vorliegend gänzlich an einer fachärztlichen interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in orthopädischer, rheumatologischer sowie neurootologischer Hinsicht. Die RAD-Berichte vom 23. Februar 2022, 1. März 2024 und 4. März 2024 beruhen folglich nicht auf einem feststehenden medizinischen Sachverhalt, welcher für eine Aktenbeurteilung vorausgesetzt ist. Unter diesen Umständen bildet eine Aktenbeurteilung durch eine Arbeitsmedizinerin vom RAD keine hinreichende Grundlage für die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Demnach kann der vorliegende Fall nicht ohne weitere medizinische Abklärungen beurteilt werden.

7. Zusammenfassend bestehen an den Feststellungen der versicherungsinternen RAD-Ärztin Dr. med. B. ___ zumindest geringe Zweifel. Diese Beurteilung genügt daher nicht, um eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hätte vielmehr aufgrund der damaligen Aktenlage weitere medizinische Abklärungen veranlassen müssen, bevor sie am 23. August 2024 in der Sache verfügte, was sie jedoch unterliess. Da die Beschwerdegegnerin im Rahmen der hier angefochtenen Verfügung einzig auf die Stellungnahmen des RAD abgestellt hat, welche ■ wie oben ausführlich dargelegt ■ nicht als abschliessende Beurteilungsgrundlage herangezogen werden können, rechtfertigt es sich vorliegend ausnahmsweise, die Angelegenheit, wie von der Beschwerdeführerin beantragt, zur medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat medizinische Abklärungen aus orthopädischer, rheumatologischer sowie neurootologischer Sicht sowie gegebenenfalls auch in weiteren Fachbereichen zu veranlassen und danach neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu befinden. Folglich ist die Beschwerde im Sinne der vorstehenden Erwägungen gutzuheissen und die Verfügung vom 23. August

2024 aufzuheben.

8.

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich bei Verrichtungen ab 1. Januar 2023, wie sie hier einzig in Frage stehen, in einem Rahmen von CHF 250.00 bis 350.00 (s. § 160 Abs. 4 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11] i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission GVB.2022.111).

8.2 Mit Kostennote vom 28. Oktober 2024 (A.S. 41 f.) macht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 1'636.85 geltend. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 1'473.60 festzusetzen (Honorar CHF 1'315.00 [5.26 Stunden zu CHF 250.00] + Auslagen CHF 48.20 + MwSt. [8.1 % von CHF 1'363.20]).

Der Unterschied zur eingereichten Kostennote ergibt sich unter anderem daraus, dass für den nachprozessualen Aufwand im Falle des Obsiegens praxisgemäss 0.5 Stunden entschädigt werden. Sodann sind Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 Rappen zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

8.3 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

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