

# **BL\_GERICHTE 720 23 284 / 66 vom 18. Juni 2021**

BL Gerichte, 2021-06-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_23\\_284\\_66](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_23_284_66)

FR: BL\_GERICHTE 720 23 284 / 66 du 18 juin 2021

IT: BL\_GERICHTE 720 23 284 / 66 del 18 giugno 2021

## **Regeste**

Prüfung des Rentenanspruchs einer versicherten Person mit multiplen somatischen Beeinträchtigungen gestützt auf versicherungsinterne Beurteilungen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte – Beschwerde vom 14. September 2023 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'082.65 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) ausgerichtet.

### **E. 2.1**

Streitig ist der Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

### **E. 2.2**

Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz

1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

### **E. 2.3**

Nach Art. 28b IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 - 69 % entspricht die Rente dem prozentualen Anteil des Invaliditätsgrades. Bei einem Invaliditätsgrad von 40 - 49 % wird gemäss Art. 28b Abs. 4 IVG der prozentuale Anteil einer Rente anhand einer Tabelle ermittelt und beträgt zwischen 25 % und 47,5 %. 3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, 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 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 3.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des

Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C\_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

4.1. Den Akten ist zu entnehmen, dass die Versicherte seit 2015 an Morbus Crohn, einer seronegativen rheumatoiden Arthritis, einer rechtsbetonten Gonarthrose, einer chronischen rezidivierenden Zervikobrachialgie rechts mit Haltunginsuffizienz, einer beidseitigen Gonarthrose sowie muskulären Verspannungen, Adipositas und Migräne leidet (vgl. unter anderem Berichte des Spitals D., der Klinik E. vom 21. November 2020, von Dr. med. F., FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 20. Oktober 2020 und 17. Dezember 2020, des Spitals G. vom 24. Juli 2018, 8. Januar 2019, 23. Mai 2019, 8. Juli 2019, 16. Januar 2020, 6. Juli 2020 und 24. Februar 2021).

4.2. Wegen der rheumatoiden Arthritis befindet sich die Versicherte seit 27. August 2015 bei Dr. F. in Behandlung. Am 20. Oktober 2020 berichtete Dr. F., dass die Versicherte aufgrund der Nacken- und Schulterschmerzen in chiropraktischer Behandlung stehe. Die Beschwerden am Bewegungsapparat seien klar belastungsabhängig und träten vor allem bei schweren körperlichen Tätigkeiten, wie z.B. bei Reinigungsarbeiten oder beim repetitiven Heben schwerer Gewichte, auf. Aus rheumatologischer Sicht könne sie die aktuelle mittelschwere Tätigkeit als Hilfsköchin nur noch mit einem maximalen Pensum von 50 %, d.h. 4 Stunden pro Tag, ausüben. Dabei bestehe eine Gewichtslimite von 5 kg (vgl. auch Bericht vom 17. Dezember 2020). Es sei ihr jedoch zuzumuten, eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit im Büro ohne repetitives Heben von Gewichten zu maximal 70 % auszuüben. Am 25. April 2021 berichtete Dr. F., dass die Schulterschmerzen rechts zugenommen hätten. Sie sei als Küchenhilfe in der Ausführung von feinmotorischen Arbeiten eingeschränkt und könne mit dem rechten Arm keine Lasten tragen und nicht Überkopf arbeiten. Reinigungstätigkeiten mit dem rechten Arm seien auch nicht mehr möglich. Die Versicherte könne deshalb nur noch eine leichte, leidensangepasste Tätigkeit ohne repetitives Heben schwerer Gewichte und ohne repetitive Überkopfarbeiten im Umfang von 4 Stunden pro Tag ausführen. In der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (vgl. auch Bericht von Dr. F. vom 24. Mai 2021). In ihrem Bericht vom 29. Mai 2022 bestätigte sie das von ihr für eine Verweistätigkeit formulierte Zumutbarkeitsprofil. Das von der Versicherten derzeit ausgeübte Pensum von 20 % im Reinigungsdienst erachtete Dr. F. als ungünstig; eine Steigerung des Pensums sei ausgeschlossen.

4.3 Am 18. Juni 2021 beurteilte Dr. med. H., FMH Chirurgie und FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, den Gesundheitszustand der Versicherten aus orthopädischer Sicht. Er führte in seinem Bericht vom 18. Juni 2021 als Diagnose eine leichtgradig aktivierte ACG-Arthrose an der Schulter rechts bei minimaler Bursitis subacromialis/subdeltoidea, bei älterer Ruptur der langen Bizepssehne und bei sekundären Myogelosen der scapulären Muskulatur auf. Die ältere Ruptur der Bizepssehne sei nicht symptomatisch. Die MRT-Bilder zeigten minimale degenerative Veränderungen im Bereich der

Rotatorenmanschette und des AC-Gelenks. Eine Indikation zu einem operativen Eingriff bestehe nicht. Er empfehle weiterhin eine symptomatische Therapie der Grunderkrankung Morbus Crohn und Physiotherapie. Er attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 4.4. Dr. med. I. , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie FMH Allgemeine Innere Medizin, Klinik E. , äusserte sich am 31. August 2022 zum Gesundheitszustand der Versicherten. Nebst den bekannten Diagnosen diagnostizierte sie ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und eine beginnende Fingerarthrose. Sie kam zum Schluss, dass aufgrund der seronegativen rheumatoiden Arthritis mit spondylogem Schmerzsyndrom, starker rezidivieren-der Zervikobrachialgie und zervikozepalem Schmerzsyndrom in den bisher ausgeführten Tätigkeiten als Küchenhilfe und im Reinigungsdienst keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Diese Arbeiten seien körperlich zu belastend. Sie benötige eine wechselbelastende Tätigkeit, welche kein längeres Stehen oder Gehen und keine Belastung des Rückens sowie der unteren Extremitäten beinhalte und nicht in der Kälte ausgeführt werde. Aktuell sei sie in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. 4.5

RAD-Arzt Dr. C. beurteilte die medizinische Aktenlage am 2. November 2022. Er stellte fest, dass die Versicherte aufgrund des Morbus Crohn an rheumatischen Beschwerden leide würde, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Zudem lägen degenerative Veränderungen im Schulter-, Nacken- und Kniegelenkbereich vor. Gemäss den medizinischen Beurteilungen beständen keine weiteren Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sowohl Dr. F. als auch Dr. H. attestierten einen mehrheitlich stationären Gesundheitszustand. So werde auch die Morbus Crohn-Erkrankung seit Jahren als stabil eingestuft. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnde Rheumatologin erachtete Dr. C. als schlüssig. Es leuchte ein, dass die Versicherte aufgrund ihrer Leiden ihre angestammten mittelschweren bis schweren Tätigkeiten höchstens im Umfang von 20 % ausführen könne. Dass demgegenüber gemäss den konstanten Angaben von Dr. F. in einer leichten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, sei nachvollziehbar. Die zum Beginn im April 2021 von Dr. F. attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit habe sich im weiteren Verlauf offensichtlich als zu hoch erwiesen. Aufgrund dieser Ausführungen stellte Dr. C. fest, dass die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe und Raumpflegerin maximal 20 % arbeitsfähig sei. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Gewichtsbelastung und ohne Überkopfarbeiten bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (4 Stunden halbtags). Diese Zumutbarkeitsbeurteilung blieb in seiner Stellungnahme vom 15. Februar 2023 unverändert. 5.1. Gestützt auf diese RAD-Beurteilungen ging die IV-Stelle davon aus, dass es der Versicherten zumutbar sei, ab 22. März 2021 einer ihrem Leiden angepasste Tätigkeit im Umfang von 50 % nachzugehen. Diese Beurteilung ist nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 3.3 hiervor erwähnt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1). Solche Zweifel liegen hier nicht vor. Die Auffassung des RAD-Arztes, wonach auf die Beurteilung von Dr. F. abzustellen sei, ist nachvollziehbar und beruht auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten. Er ist zu Recht nicht der Einschätzung von Dr. I. gefolgt, wonach in einer Verweistätigkeit keine Arbeitsfähigkeit vorliegen soll. Hierzu führte Dr. C. überzeugend an, dass diese Einschätzung wenig differenziert sei und in Widerspruch zur Beurteilung der seit mehreren Jahren behandelnden Rheumatologin, Dr. F.

, stehe. Dazu kommt, dass Dr. I. auf Seite 2 ihres Berichts ein Zumutbarkeitsprofil für eine leidensangepasste Arbeit formulierte, was den Schluss zulässt, dass bei der Ausübung einer dem Leiden der Versicherten angepassten Tätigkeit eine gewisse Arbeitsfähigkeit besteht. Dr. I. hat es jedoch unterlassen, in diesem Zusammenhang den Umfang der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu bestimmen. Weshalb sie später im Bericht dennoch zum Schluss kommt, dass auch bei einer solchen Arbeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe, ist mangels Begründung nicht nachvollziehbar. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Arbeit steht auch in Widerspruch zum von der Versicherten im Untersuchungszeitpunkt ausgeübten 20%-Pensum als Raumpflegerin. Aufgrund dieser Ausführungen erweist sich die von Dr. I. vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als nicht verlässlich genug, um darauf abstellen zu können. Bei der von Dr. H. attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit ist nicht ersichtlich, ob diese sich auch auf eine Verweistätigkeit bezieht. Da behandelnde Ärzten der Regel ihre Arbeitsunfähigkeitszeugnisse für den bisher ausgeübten Beruf ausstellen (vgl. Iris Herzog Zwitter, Das Arztzeugnis – Teil 3, in: Schweizerische Ärztezeitung vom 20 Juli 2021, online URL: <https://rb.gy/walboa> [11.3.2024]), ist davon auszugehen, dass sich die 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf die bisher ausgeübten Tätigkeiten bezieht.

5.2. Der Einwand der Versicherten, wonach weder Dr. F. noch RAD-Arzt Dr. C. ein Zumutbarkeitsprofil für eine angepasste Tätigkeit formuliert hätten, erweist sich als nicht stichhaltig. Dr. F. definierte das Anforderungsprofil für eine Verweistätigkeit klar dahingehend, dass der Versicherten eine leichte Tätigkeit ohne repetitives Heben und Tragen schwerer Gewichte und ohne repetitive Überkopfarbeiten zu 50 % zumutbar sei. Diese Einschätzung übernahm Dr. C. in seinen Beurteilungen vom 2. November 2022 und 15. Februar 2023, was nicht zu beanstanden ist (vgl. auch seine Stellungnahme vom 26. Juni 2023).

5.3 Die nach Erlass der angefochtenen Verfügungen erstellten Berichte des Spitals G. vom 16. und 18. August 2023, wonach die Versicherte wegen einer Pankreatitis vom 14. August 2023 bis 16. August 2023 habe hospitalisiert werden müssen, können im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass derjenige Sachverhalt massgebend ist, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2023 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). Die Berichte des Spitals G. wurden erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2023 verfasst. Da sie keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben, sind sie im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen (BGE 121 V 362 E. 1; Urteile des Bundesgerichts vom 20. April 2017, 8C\_71/2017, E. 8.3 und 30. August 2012, 9C\_949/2011, E. 3.2.2).

6.1. Die Versicherte macht weiter geltend, dass die Zumutbarkeitsbeurteilung der behandelnden Rheumatologin in Widerspruch zu den Ergebnissen des Arbeitstrainings stehe. Den Akten ist zu entnehmen, dass die Versicherte vom 21. Dezember 2021 bis 12. März 2022 ein Arbeitstraining mit einem 50%-Pensum in der B. absolvierte (vgl. Mitteilung vom 7. Dezember 2021 und Aktennotiz vom 5. Januar 2022). Im undatierten Bericht der B. wurde zusammenfassend festgehalten, dass die Versicherte das 50%-Pensum bis auf drei Absenzen konstant habe absolvieren können und sie bei der Arbeit motiviert gewesen sei. Aufgrund diverser körperlicher Beeinträchtigungen habe sie jedoch nur bei wenigen Tätigkeiten eingesetzt werden können. Sie habe auch nur an wenigen Tagen mehr als vier Stunden an der gleichen Arbeit bleiben können, wodurch ihr Einsatzgebiet begrenzt gewesen sei. Die Qualität der Arbeit sei gut bis sehr gut gewesen; das Arbeitstempo habe sich aber bei allen Arbeiten nach 2 Stunden

deutlich verlangsamt. Die Arbeitsleistung habe innerhalb des 50%-Pensums durchschnittlich 35 % betragen. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei auf die von der Versicherten eingenommenen Schonhaltung bereits bei geringer körperlicher Anstrengung zurückzuführen. Sie sei zurzeit zu wenig belastbar, um im ersten Arbeitsmarkt eingesetzt zu werden. Aufgrund der begrenzten physischen Belastbarkeit und der geringen Leistungsfähigkeit sei eine Eingliederung in die Privatwirtschaft momentan unrealistisch.

6.2 Gemäss bundesrechtlicher Rechtsprechung obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin und nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung. Mit Blick auf die enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, ist eine klärende medizinische Stellungnahme einzuholen (Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2018, 8C\_563/2018, E. 6.1.1 mit Hinweis).

6.3 Entgegen der Ansicht der Versicherten nahm der RAD-Arzt Dr. C. am 15. Februar 2023 vorliegend Stellung zur Diskrepanz zwischen der fachärztlich bescheinigten Arbeitsfähigkeit von 50 % und der gezeigten Leistungsfähigkeit von durchschnittlich 35 %. Er führte aus, dass sich gemäss den Berichten von Dr. F. eine Leistungsfähigkeit von weniger als 50 % medizinisch nicht begründen lasse. Selbst wenn eine gewisse Verlangsamung bestehen würde, so ergäbe sich bei einem höheren Arbeitspensum dennoch gesamthaft eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. In der Tat ergeben sich aus den Beurteilungen von Dr. F. keine Hinweise dafür, dass die Leistungsfähigkeit der Versicherten bei einem 50%-Pensum in irgendeiner Weise eingeschränkt sein soll. Bei der Würdigung des Abschlussberichts der B. ist zu berücksichtigen, dass die zuständigen Eingliederungsfachleute lediglich die von der Versicherten effektiv realisierten Leistungen wiedergaben. Die im Vergleich zur medizinischtheoretischen Arbeitsfähigkeit reduzierte Leistungsfähigkeit erklärten sie mit einer Schonhaltung, welche die Versicherte selbst bei geringer körperlicher Anstrengung eingenommen habe. Eine auf subjektive Angaben beruhende Leistungseinschränkung reicht jedoch nicht aus, um die geringe Leistungsfähigkeit nachvollziehen zu können. Selbst wenn die Stellungnahme von Dr. C. als nicht rechtsgenügend zu betrachten wäre, so ist darauf hinzuweisen, dass die gegenüber der 50%igen medizinischtheoretischen Arbeitsfähigkeit gezeigte Leistungseinbusse von 15 % mit einem angemessenen leidensbedingten Tabellenlohnabzug begegnet werden kann. Dieser könnte sich aber in Würdigung aller Umstände im konkreten Einzelfall höchstens auf 20 % belaufen. Wie die nachfolgende Erwägung 8 aufzeigen wird, resultiert aber auch bei einem Abzug von 20 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Eine ungenügende fachärztliche Stellungnahme zu den diskrepanten Ergebnissen der Eingliederungsfachleute erweist sich somit mit Blick auf das Endergebnis als unerheblich.

7.1 Weiter bestreitet die Versicherte die Anwendbarkeit der gemischten Methode mit 60 % Anteil Erwerb und 40 % Anteil Haushalt. Sie macht geltend, dass sie aus wirtschaftlichen Gründen im Gesundheitsfall einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Da ihre Tochter im Haushalt tatkräftig mithelfe, wäre eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit möglich gewesen. Als Sozialhilfebezügerin sei sie auch

zur Aufnahme einer Vollzeitarbeit verpflichtet gewesen. Demzufolge sei für die Bemessung der Invalidität die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG anzuwenden. 7.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1). Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; Art. 28a Abs. 3 IVG) 7.3 Für die Beurteilung der Statusfrage und damit der anwendbaren Methode der Invaliditätsbemessung ist in beweisgemässiger Hinsicht entscheidend, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2008, 9C\_49/2008, E. 3.3 mit Hinweisen). Bei im Haushalt tätigen Versicherten (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich zwangsläufig um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Diese sind allerdings als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und in aller Regel aus äusseren Indizien zu erschliessen (BGE 144 V 28 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts vom 1. März 2022, 8C\_777/2021, E. 4.2.1). Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung (hier: 19. Juli 2023) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 V 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1 je mit Hinweisen). 7.4 Dem in den Akten liegenden Abklärungsbericht Haushalt vom 19. August 2022 und dem Fragebogen zur Ermittlung der Erwerbstätigkeit vom 12. August 2022 ist zu entnehmen, dass die Versicherte gegenüber der Abklärungsperson sagte, sie würde ohne gesundheitliche Einschränkungen aus finanziellen Gründen einem 60%-Pensum nachgehen.

Diese Aussage bestätigte sie mit ihrer Unterschrift. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass im Haushaltsabklärungsbericht bewusst oder unbewusst falsche Angaben gemacht wurden. Es ist auch nicht ersichtlich, dass die Statusfrage im Rahmen der Haushaltsabklärung nicht diskutiert wurde und die Versicherte, welche der deutschen Sprache kaum mächtig ist, die Frage betreffend Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall nicht verstanden hätte, war doch ihre deutschsprechende 17-jährige Tochter als Übersetzerin anwesend. Bei dieser Sachlage ist deshalb den sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" ein grösseres Gewicht beizumessen als späteren anderslautenden Erklärungen, welche von Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2, Urteile des Bundesgerichts vom 28. September 2020, 8C\_395/2020, E. 3 vom 11. März 2015, 8C\_741/2014, E. 4.2). Dass die Sozialhilfebehörde von ihr verlangt habe, einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachzugehen, geht so nicht aus den Akten hervor. In der Verfügung vom 16. März 2023 verpflichtete die Sozialhilfebehörde die Versicherte lediglich, sich um eine Erwerbstätigkeit zu bemühen (vgl. Ziffer 2.10). Es ist jedoch nicht die Rede davon, dass sie sich als alleinerziehende Mutter von zwei schulpflichtigen Kindern, wovon das jüngere Kind im Abklärungszeitpunkt erst 9 Jahre alt war, im Gesundheitsfall um eine vollzeitliche Erwerbsarbeit hätte bemühen müssen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle die Invalidität der Versicherten in Anwendung der gemischten Methode mit den Anteilen 60 % Haushalt und 40 % Erwerb ermittelt hat. 7.5 Bei der Ermittlung der Einschränkungen im Haushalt stellte die IV-Stelle auf die Angaben im Abklärungsbericht Haushalt vom 19. August 2022 ab. Gemäss den Angaben der zuständigen Abklärungsperson ist die Versicherte unter Berücksichtigung der familienüblichen Mithilfe der Kinder im Haushalt nicht beeinträchtigt. Die Versicherte bemängelt den Haushaltsbericht nicht. Da sich aus den Akten ebenfalls keine Anhaltspunkte auf formelle Fehler oder für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse ergeben, kann an dieser Stelle von weiteren Ausführungen zur Einschränkung der Versicherten im Haushaltsbereich abgesehen werden. 8. Im Erwerbsbereich ermittelte die IV-Stelle sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen gestützt auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2020. Dabei stellte sie beim Valideneinkommen auf die Tabelle T17, Hilfskräfte, Alter 30 – 49 Jahre, Spalte Frauen, und beim Invalideneinkommen auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Spalte Frauen, ab. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit und der Nominallohnentwicklung resultierten ein massgebliches jährliches Valideneinkommen in Höhe von Fr. 54'166.-- und ein Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 24'216.--. Daraus ergab sich ein Invaliditätsgrad von 55,29 %. Bei einem leidensbedingten Abzug von 20 % würde das Invalideneinkommen Fr. 19'373.-- und der Invaliditätsgrad entsprechend 64 % betragen. Im Haushaltsbereich bestehen gemäss Abklärungsbericht Haushalt vom 19. August 2022 keine Einschränkungen. In Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung und unter Berücksichtigung der zeitlichen Beanspruchung von 60 % im Erwerbs- und von 40 % im Haushaltsbereich ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 33 % bzw. mit einem 20%igen Leidensabzug 38 % (vgl. zu den Rundungsregeln: BGE 130 V 121). Damit liegt der Invaliditätsgrad selbst unter Berücksichtigung eines 20%igen leidensbedingten Abzugs unter 40 %. Damit besteht kein Rentenanspruch, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.- - festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind. Der Versicherten ist nun allerdings mit Verfügung vom 21. September 2023 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 9.2 Dem Prozessausgang entsprechend ist der Versicherten keine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. In der Verfügung vom 23. September 2023 ist ihr jedoch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden, weshalb dieser für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Der Rechtsvertreter der Versicherten hat in seiner Honorarnote vom 13. November 2023 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9,10 Stunden geltend gemacht. In Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen erweist sich dieser Aufwand als angemessen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte (TO) vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung für Anwältinnen und Anwälte Fr. 200.-- pro Stunde. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote geltend gemachten Auslagen von Fr. 113.85. Dem Rechtsvertreter der Versicherten ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'082.65 (9,10 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 113.85 und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 9.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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