

BL_GERICHTE 720 24 166 / 168 vom 15. August 2024

BL Gerichte, 2024-08-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_24_166_168

FR: BL_GERICHTE 720 24 166 / 168 du 15 août 2024

IT: BL_GERICHTE 720 24 166 / 168 del 15 agosto 2024

Regeste

Beurteilung der Statusfrage

Erwägungen

E. 2

Streitig ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2024 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2).

E. 3

Vorab ist auf folgende Verfahrensgrundsätze hinzuweisen: Sowohl das sozialversicherungsrechtliche Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000). Danach haben Sozialversicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2017, 9C_662/2016, E. 2.2). Dem Kantonsgericht kommt in Sozialversicherungssachen eine vollständige Überprüfungsbefugnis zu. Es ist in der Beweiswürdigung frei (vgl. § 57 VPO in Verbindung mit Art. 61 Satz 1 ATSG; Art. 61 lit. c ATSG). Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache sodann nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). 4.1 Invaldität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 4.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG

Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

5.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsfähig ist.

5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands 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 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.3 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. 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).

5.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche 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 ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens 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). Demgegenüber kommt Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG

eingeholten Gutachten externer Fachpersonen. 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, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). 6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind. 6.2 Dr. B. diagnostizierte am 9. Juli 2018 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung rechts bei Status nach Fenestration und Sequestrektomie L4/L5 links und Dekompensation over the top rechts bei chronischer Lumbalgie und Lumboischialgie links bei Diskushernie L4/L5 mediolateral links und Chondrose L5/S1 am 28. November 2016, postoperativem MRI vom 3. November 2017 mit linkslateraler Diskushernie L4/L5. Er attestierte der Versicherten für die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin seit dem 19. Mai 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer rückschonenden Verweistätigkeit habe vom 19. Mai 2016 bis Ende Februar 2017 (drei Monate postoperativ) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. 6.3 Im bidisziplinären Gutachten vom 17. Februar 2020 führte Dr. B. aus, dass die Ischialgie links nach der Diskushernienoperation L4/L5 links am 28. November 2016 vollständig verschwunden sei. Etwa drei Monate postoperativ sei dann neu eine Ischialgie rechts, später auch links, aufgetreten. Im MRI vom 17. August 2018 habe sich eine Rezidivhernie L4/L5 links gezeigt. Am 5. Oktober 2018 sei eine Re-Dekompression interspinös und eine Re-Diskektomie L4/L5 links erfolgt. Nachfolgend sei über einen guten Verlauf mit zwar persistierenden Beschwerden lumbal, aber einem Verschwinden der linksseitigen Ischialgie berichtet worden, worauf die Behandlung im Sommer 2019 abgeschlossen worden sei. Ab September 2019 sei es zu einer Schmerzrezidivsituation mit Schmerzen lumbal und erneuter Ischialgie links gekommen. Im MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 6. Februar 2020 sei eine Rezidiv-Diskushernie festgestellt worden. Dr. B. kam zum Schluss, dass die Versicherte als Raumpflegerin weiterhin vollständig arbeitsunfähig sei. In einer rückschonenden Verweistätigkeit habe bei gutem Verlauf nach der zweiten Operation bis zur Schmerzexazerbation im September 2019 eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden. Danach betrage die Arbeitsfähigkeit bei nachgewiesener Rezidiv-Diskushernie 80 %. In psychiatrischer Hinsicht konnte Dr. C. keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. 6.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. D., Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, kam in ihrer Beurteilung vom 9. September 2021 zum Schluss, dass die Versicherte in einer angepassten Verweistätigkeit vom 15. Mai 2016 bis 28. Februar 2017 vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Vom 1. März 2017 bis 4. Oktober 2018 habe eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden. Anschliessend sei sie vom 5. Oktober 2018 bis 14. Januar 2019 erneut vollständig arbeitsunfähig und vom 15. Januar 2019 bis 31. August 2019 wieder vollständig arbeitsfähig gewesen. Ab dem 1. September 2019 betrage die Arbeitsfähigkeit 80 %, wobei vom 10. Juni 2020 bis 31. Mai 2021 vorübergehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. 6.5 Am 28. Februar 2023 stellte Dr. D. fest, dass aufgrund des Berichts des behandelnden Arztes PD Dr. med. E., FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 10. März 2022 (act. 147) davon auszugehen sei, dass die Restarbeitsfähigkeit der Versicherte ab Juni 2021 noch 50 % betrage.

Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.4 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten von Dr. B. vom 9. Juli 2018 und das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B. und C. vom 17. Februar 2020 weisen weder formale noch inhaltliche Mängel auf. Sie sind – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein, weshalb darauf abzustellen ist. Zudem ergibt sich nichts, was auch nur geringe Zweifel an der Stichhaltigkeit der Angaben der RAD-Ärztin Dr. D. in den Berichten vom 9. September 2021 und 28. Februar 2023 wecken würde. Ihre Beurteilungen beruhen auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten und erweisen sich bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend. Damit erfüllen auch diese Berichte die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen den vollen Beweis. Demnach ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Verweistätigkeit vom 15. Mai 2016 bis 28. Februar 2017 vollständig arbeitsunfähig und vom 1. März 2017 bis 4. Oktober 2018 vollständig arbeitsfähig war. Anschliessend bestand vom 5. Oktober 2018 bis 14. Januar 2019 erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und vom 15. Januar 2019 bis 31. August 2019 wiederum eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Weiter beträgt die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten ab dem 1. September 2019 80 %, wobei vom 10. Juni 2020 bis 31. Mai 2021 vorübergehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand. Ab Juni 2021 ist die Restarbeitsfähigkeit mit 50 % zu veranschlagen. Dieses Beweisergebnis wird von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht in Frage gestellt. 8.1 Streitig ist hingegen die Methode zur Invaliditätsbemessung. 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 oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, 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 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 (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; Art. 28a Abs. 3 IVG). 8.2 Für die Beurteilung der Statusfrage und damit der anwendbaren Methode der Invaliditätsbemessung ist in beweismässiger 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 praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung (hier: 23. Mai 2024) 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). 8.3.1 Hierzu ergibt sich aus den vorliegenden Akten Folgendes: Im "Fragebogen zur Ermittlung der Erwerbstätigkeit" vom 27. Februar 2018 gab die Versicherte an, dass sie bei guter Gesundheit nach wie vor in verschiedenen Haushalten als Raumpflegerin arbeiten würde. Das Durchschnittspensum wäre mindestens so hoch wie vor dem Eintritt der gesundheitlichen Einschränkungen im Mai 2016, was einem Pensum von 40 % entspreche. Sie äusserte den Wunsch, auch mehr zu arbeiten. Im Laufe der letzten Jahre habe sie stetig mehr Privathaushalte zur Reinigung übernommen und so ihr Pensum kontinuierlich gesteigert. Grundsätzlich hätte sie es vorgezogen, in einem festen Pensum als Raumpflegerin bei einer Firma zu arbeiten, was sich jedoch nie ergeben habe. Wenn sie den Reisestress bzw. Arbeitsweg nur einmal hätte, könne sie sich vorstellen, zum heutigen Zeitpunkt auch in einem 100%-Pensum zu arbeiten. Die Versicherte führte weiter aus, sie sei aus finanziellen Gründen darauf angewiesen, einem Erwerb nachzugehen. Da ihr Ehemann eher in einem niedrigeren Lohnniveau angesiedelt sei, sei es hilfreich, wenn auch sie einen Beitrag zum Familienbudget beisteuere. Zudem seien ihre Eltern von Armut betroffen und auf finanzielle Hilfe angewiesen. Ferner äusserte die Versicherte den Wunsch, sich auch einmal etwas leisten zu können und Geld für Ferien oder Ähnliches zurückzulegen. Es sei ihr wichtig, ihr Leben aus eigenen Mitteln finanzieren zu können. Sie sei nicht gerne abhängig und habe stets versucht, so viel wie möglich zu arbeiten, um keine fremde Hilfe annehmen zu müssen. Am 6. März 2018 bestätigte die Versicherte ihre Aussage unterschriftlich. 8.3.2 Im Zuge der Haushaltsabklärung vom 1. September 2023 wurde festgehalten, dass die Versicherte gerne wieder arbeiten würde, wenn sie gesund wäre. Eine Überprüfung der Statusfrage erfolgte dabei nicht. 8.3.3 Am 24. Oktober 2023 hielt die Abklärungsperson fest, es habe keinen Grund gegeben, die Statusfrage anlässlich der Abklärung vom 1. September 2023 noch einmal abzuklären. Naturgemäss sei es

einfacher, ein Vollzeitpensum bei einem einzelnen Arbeitgeber innezuhaben. Tatsache sei aber auch, dass die Versicherte selbst bei guter Gesundheit keine Bemühungen in diese Richtung unternommen habe. Im Gegenteil habe sie zunehmend verschiedene Reinigungsjobs angenommen, die einen noch grösseren Zeitaufwand für den Arbeitsweg verursacht hätten. Dieser Umstand sei selbst gewählt und müsse als invaliditätsfremd angesehen werden. Darüber hinaus sei darauf hinzuweisen, dass der Sohn der Versicherten bereits bei der letzten Abklärung vom 27. Februar 2018 erwachsen gewesen sei. Angesichts der vorliegenden Einkommensverhältnisse bestehe kein Grund, weshalb die Versicherte in einem höheren Pensum als 40 % arbeiten müsste.

8.4.1 Nach der Rechtsprechung ist für die Beurteilung der Statusfrage massgeblich, in welchem Pensum die versicherte Person aktuell ohne Gesundheitsschaden erwerbstätig wäre (vgl. E. 8.2 hiervor). Dabei ist in erster Linie auf ihre Angaben gegenüber der Abklärungsperson abzustellen, sofern diese aufgrund der gegebenen Umstände als plausibel erscheinen. Anlässlich der Haushaltabklärung vom 27. Februar 2018 gab die Beschwerdeführerin an, dass sie ohne Gesundheitsschaden nach wie vor in verschiedenen Haushalten als Raumpflegerin arbeiten und ihr Durchschnittspensum mindestens einem 40 %-Pensum entsprechen würde. Diese Erklärung erscheint durchaus realistisch und nachvollziehbar, denn die Versicherte hatte während Jahren, bevor ihre gesundheitlichen Beschwerden ein invalidisierendes Ausmass annahmen, ihr Arbeitspensum nie massgeblich gesteigert. Wohl ist dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug) zu entnehmen, dass das AHVpflichtige Erwerbseinkommen der Versicherten zwischen 2010 und 2015 eine kontinuierliche Steigerung erfuhr. Im Jahr 2015 belief es sich auf Fr. 21'343.--, was nahezu einer Verdoppelung gegenüber dem Einkommen von 2010 entspricht. Dieses Einkommen steht aber im Vergleich mit den Tabellenlöhnen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE; vgl. LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor, Erbringung von sonstigen Dienstleistungen, Kompetenzniveau 1, Frauen, auf das Jahr 2015 aufgerechnet [Fr. 4'100.-- : $40 \times 41,7 \times 12 \times 100,4\% = \text{Fr. } 51'496.--$]) im Einklang mit einer Beschäftigung im Umfang von circa 40 % eines Vollzeitpensums (Fr. 21'343.-- x 100 % : Fr. 51'496.--). Diese Berechnung lässt den Schluss zu, dass die Versicherte vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung (im Mai 2016) in einem Pensum von rund 40 % erwerbstätig war. Eine signifikante Erhöhung des Arbeitspensums, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine beabsichtigte Aufnahme einer Vollzeitbeschäftigung schliessen lassen würde, ist nicht festzustellen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die 1992 und 1994 geborenen Kinder der Versicherten bereits geraume Zeit vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung im Jahr 2016 keiner wesentlichen Betreuung mehr bedurften. Zudem war der Ehemann der Beschwerdeführerin in einem Vollzeitpensum als Bauarbeiter bei der F. AG in X. angestellt, sodass auch die relativ bescheidenen finanziellen Verhältnisse der Familie keine Ausweitung der Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin erforderten.

8.4.2 Die Versicherte gab zwar im Rahmen der Haushaltsabklärung am 27. Februar 2018 an, sie hätte eine Anstellung bei einem einzigen Arbeitgeber bevorzugt. Aus den Akten geht jedoch nicht hervor, dass sie sich aktiv um eine solche Stelle mit höherem Arbeitspensum bemüht hätte, um den Arbeitsweg zu reduzieren. Vielmehr ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin zunehmend Reinigungstätigkeiten in verschiedenen Privathaushalten übernahm, was zwangsläufig zu einem erhöhten Zeitaufwand für den Arbeitsweg führte. Diese Arbeitskonstellation war von der Versicherten selbst gewählt und sie hatte gemäss ihren Angaben im "Fragebogen zur Ermittlung der Erwerbstätigkeit" vom 27. Februar 2018 auch nicht die Absicht, daran etwas zu ändern. Die Tatsache, dass die Versicherte trotz ihrer

Präferenz für eine Anstellung bei einem einzigen Arbeitgeber keine entsprechenden Bemühungen unternommen hatte, spricht ebenfalls gegen die Annahme, dass sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ihr Arbeitspensum wesentlich erhöht hätte. Der IV-Stelle ist darin beizupflichten, dass der Arbeitsweg nicht zum Arbeitspensum zählt und auch nicht vergütet wird. Die von der Versicherten gewählte Arbeitssituation mit mehreren Arbeitgebern und entsprechend längeren Arbeitswegen kann daher nicht zu einer Erhöhung des anrechenbaren Arbeitspensums führen. 8.4.3 Bei dieser Sachlage besteht kein Anlass, von den unterschriftlich bestätigten Angaben der Versicherten im "Fragebogen zur Ermittlung der Erwerbstätigkeit" vom 27. Februar 2018 abzuweichen. Dies gilt umso mehr, als die im Rahmen der Haushaltsabklärung laut Protokoll der Besprechung vom 27. Februar 2018 an die Versicherte gestellte Frage, wie viele Stunden sie heute ohne gesundheitliche Einschränkung berufstätig sein würde, hinreichend klar war und der Beschwerdeführerin das Formular zur Ermittlung der Bereiche Erwerb/Haushalt von der Abklärungsperson erläutert und zusätzlich anhand einer grafischen Darstellung erklärt wurde. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die im Verlauf des Abklärungsverfahrens gemachten Angaben praxisgemäss stärker zu gewichten sind als spätere, anderslautende Erklärungen, welche von Überlegungen sozialversicherungsrechtlicher Natur beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 E. 2a mit Hinweisen), ist bei dieser Sachlage mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Versicherte auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen weiterhin in einem Pensum von circa 40 % arbeitstätig wäre. 8.4.4 Aus dem Gesagten folgt, dass die IV-Stelle die Versicherte im Rahmen der Beurteilung der Statusfrage richtigerweise als teilerwerbstätig einstuft und ihre Invalidität demnach zu Recht nach der gemischten Methode bemass. Ebenso wenig zu beanstanden ist, dass sie den Anteil der Erwerbstätigkeit auf 40 % und den Anteil der Haushaltstätigkeit demzufolge auf 60 % festsetzte.

E. 9

Bei der Ermittlung der Einschränkungen im Haushalt stellte die IV-Stelle auf die Angaben in den Abklärungsberichten vom 26. März 2018 und 18. September 2023 ab. Gemäss den Ausführungen der zuständigen Abklärungsperson ist die Versicherte im Aufgabenbereich bis 31. Dezember 2017 im Umfang von 10 %, ab 1. Januar 2018 zu 14 % und ab 1. Juni 2021 (Auszug des Sohnes aus der gemeinsamen Wohnung) zu 20 % beeinträchtigt. Die Versicherte bemängelt die Haushaltsberichte 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.

E. 10

Gegen die von der Vorinstanz ermittelten Vergleichseinkommen erhob die Beschwerdeführerin keine Einwände. Da sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung vorzunehmen wäre, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit den durch die IV-Stelle angestellten Einkommensvergleichen. In diesem Zusammenhang kann vollumfänglich auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2024 verwiesen werden. Unter Berücksichtigung der Anteile von 40 % Erwerbstätigkeit und 60 % Haushalt resultiert demnach ab 19. Mai 2017 ein IV-Grad von 8 % (bei einer Einschränkung im Haushaltsbereich von 10 % recte wohl 6 %). Ab 5. Oktober 2019 beträgt der IV-Grad 100 %, ab 15. Januar 2019 liegt er bei 8 %, ab 1. September 2019 bei 15 %, ab

10. Juni 2020 erneut bei 100 %, ab 1. Juni 2021 bei 31 % und ab 1. Januar 2024 bei 36 %, was unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV für die Zeiträume vom 1. Januar 2019 bis 31. März 2019 und vom 1. September 2020 bis 31. August 2021 Anspruch auf eine befristete ganze Rente gibt.

E. 11

Aus dem Gesagten folgt, dass die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2024, mit welcher der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Januar 2019 bis 31. März 2019 und vom 1. September 2020 bis 31. August 2021 eine befristete ganze Rente zugesprochen wurde, nicht zu beanstanden ist. Die hiergegen erhobene Beschwerde vom 3. Juni 2024 erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 12

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 unterliegt die Beschwerdeführerin, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Vorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Bei diesem Verfahrensausgang wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

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