

BL_GERICHTE 720 21 218 / 239 vom 20. Oktober 2022

BL Gerichte, 2022-10-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_218___239

FR: BL_GERICHTE 720 21 218 / 239 du 20 octobre 2022

IT: BL_GERICHTE 720 21 218 / 239 del 20 ottobre 2022

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 3

Die Beschwerdegegnerin verwendete die gemischte Methode zur Berechnung des Invaliditätsgrads der Beschwerdeführerin. Die Methodenwahl an und für sich sowie die prozentuale Aufteilung zwischen Erwerbsarbeit und Hausarbeit von zunächst 60% Haushalt und 40% ausserhäusliche Erwerbstätigkeit für die Zeit ab 1. Juni 2014 und dann von 50% Haushalt und 50% ausserhäusliche Erwerbstätigkeit für die Zeit ab 1. August 2015 werden von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. 4.1 In einem ersten Schritt ist die Ermittlung des Invaliditätsgrads im Erwerbsbereich zu prüfen. 4.2.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Für die Beurteilung der Frage des Gesundheitszustands bzw. des Ausmasses der (Rest-)Arbeitsfähigkeit der versicherten Personen ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe der Ärztin oder des Arztes 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 4.2.2 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. 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, 122 V 157 E. 1c). 4.2.3 Das

Administrativverfahren vor der IV-Stelle und das Verfahren vor dem kantonalen Sozialversicherungsgericht sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. 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 126 V 353 E. 5b).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung im Zusammenhang mit der Ermittlung der Einschränkungen im erwerblichen Teil auf Seite 6 folgendes fest: "IV-seitig kann versicherungsmedizinisch unfallkausal, wie auch unfallfremd auf das von der Unfallversicherung ermittelte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden, das in der Klinik B.____ in einer zeitlich aufwändigen und differenzierten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit erhoben wurde. Im entsprechenden Bericht wurde auch zur allfällig unfallfremden Zumutbarkeit Stellung genommen, wie sie aber auch bereits in der RAD-Stellungnahme vom 28. September 2016 unter Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gelistet und auch punkto Zumutbarkeit gewürdigt wurden. Abweichend zur bisherigen RAD-Beurteilung eines unlimitierten Pensums (100%), kann auf das in der EFL der Unfallversicherung quantifizierte 80%-Pensum abgestellt werden, dies unter Berücksichtigung von mehr als betriebsüblichen Pausen. Damit ergibt sich als abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ein residuelles Pensum von 80%, das ab 12. Juni 2016 dem Datum der damaligen Unfallversicherung-kreisärztlichen Untersuchung bis heute vertreten werden kann, denn nachfolgende medizinische Unterlagen, die eine wegweisende Verschlechterung belegen könnten, oder zeitlich relevante Arbeitsunfähigkeiten behandlungsbedingter Art sind dem Dossier nicht zu entnehmen. In diesem Sinne bestätigte auch der Unfallversicherung-Kreisarzt Dr. C.____ in seiner erneuten Stellungnahme vom 27. November 2018 seine Vorbeurteilung vom 12. Juni 2016. Die Beurteilung Dr. C.____ wird in Folge auch durch das Resultat der EFL vom 9. Juli 2019 in der Klinik B.____ bestätigt und lässt sich auch an Ihrem täglichen Funktionsprofil nachvollziehen, wie es im IV-Abklärungsbericht im Haushalt notiert wurde". Die Beschwerdegegnerin legte den Beginn der Wartezeit auf den 7. Juni 2013 (Unfalldatum) und hielt fest, dass nach Ablauf der Wartezeit per Juni 2014 aus medizinisch-theoretischer Sicht vom 7. Juni 2014 bis 12. August 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 0% und ab dem 13. August 2016 und bis auf Weiteres eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen hätten. Dabei sei folgendes Belastbarkeitsprofil zu berücksichtigen: Sehr leichte, vorwiegend sitzende Arbeit ganztags mit zusätzlichen Pausen von insgesamt ca. zwei Stunden pro Tag aufgrund Verschlechterung des Gangbildes und zusätzlich Schmerzzunahme der linken Hand im Tagesverlauf. Wegen der Fussproblematik rechts kein Ersteigen von Leitern und Gerüsten und maximal eine Stunde Gehen/Stehten am Stück. Zudem sollten eine Exposition der linken Hand gegenüber Vibrationen und Stössen sowie Überkopfarbeiten unter Krafteinsatz

der rechten Schulter vermieden werden (nicht unfallkausal). Da die Anmeldung der Versicherten per 9. April 2014 eingegangen sei, sei der Rentenanspruch frühestens per 1. Oktober 2014 entstanden. In der Folge berechnete sie vom 7. Juni 2014 bis 12. August 2016 eine ungewichtete Einschränkung im Erwerbsteil von 100%, vom 13. August 2016 bis 31. Juli 2018 von 0% und vom 1. Januar 2018 bis auf Weiteres von 22.80%. 4.4.1 Die Auffassung der Beschwerdegegnerin wirft verschiedene Fragen auf: 4.4.2.1 Zunächst ist mit der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde Seite 16) zu monieren, dass die Beschwerdegegnerin zwar explizit auf das von der Unfallversicherung ermittelte Zumutbarkeitsprofil abstellte, dann aber anders als die Unfallversicherung nicht von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 76%, sondern von 80% ab 12. Juni 2016 ausging. 4.4.2.2 Die Klinik B._____ stellte im Bericht vom 9. Juli 2019 (Unfallversicherung-act. 277) die folgenden Diagnosen: • Unfall vom 7. Juni 2013: Autounfall • Hochgeschwindigkeitstrauma • Commotio cerebri und Rissquetschwunden Gesicht, Brillenhämatom • Distale mehrfragmentäre intraarticuläre dislozierte Radiusfraktur links •

E. 8

Juni 2013: Fixateur externe-Anlage links •

E. 8.1

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

E. 8.2

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 2. Juni 2021 aufgehoben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung zurückgewiesen wird. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. 3. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.--

wird ihr zurückerstattet. 4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'296.50 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

E. 10

Juni 2013: Osteosynthese Metatarsale III und IV, Arthrotomie IP mit Entfernung freier Gelenkkörper sowie Kirschnerdraht-Transfixation Dig I • 20. Januar 2014: Osteosynthesematerialentfernung Metatarsale III und IV rechter Fuss • 29. April 2014: Neurom im Narbenbereich • Posttraumatische Arthrose IP-Gelenk Dig 1 • Beginnende posttraumatische Tarsometatarsale III-Arthrose • Luxation Dig V rechter Fuss, reponiert • Fraktur Os nasale, multifragmentär und disloziert • Reposition in Vollnarkose • Fissur anteriorer Orbitaboden, nicht disloziert mit Hämatosinus maxillaris links • Gurtmarke und Hämatom am Unterbauch mit wenig freier Flüssigkeit, im Verlauf nicht mehr nachweisbar • Loge de Guyon-Syndrom links aufgrund einer Synovialzyste • Geburtstraumatische periphere Läsion des N. suprascapularis rechts mit isoliertem Ausfall der M. infraspinatus Funktion rechts • Zusätzlich Verdacht auf Partiaalläsion des M. subscapularis rechts • Leichte Hallux valgus-Deformität Fuss rechts • Knick-Senk-Spreizfuss bds. Als aktuelle Probleme wurden im Bericht festgehalten: 1. Belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen des rechten Fusses, 2. Kraftminderung des gesamten rechten Beines, 3. Bewegungseinschränkung des rechten Fusses, insbesondere der Dorsalextension, 4. Belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen des linken Handgelenks, 5. Kraftminderung der linken Hand, 6. Bewegungseinschränkung der linken Hand, insbesondere der Dorsalextension, 7. Kribbelparästhesien im Versorgungsgebiet des N. ulnaris (nicht unfallkausal) und 8. Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, insbesondere der Aussenrotation (nicht unfallkausal). Es bestünden eine deutliche Bewegungseinschränkung des rechten OSG, insbesondere der Dorsalextension, und eine deutliche Kraftminderung des gesamten rechten Beines und eine schmerzhafte Funktionseinschränkung des rechten Fusses. Die Schmerzintensität im Bereich des rechten Fusses liege maximal bei NRS 8-9/10 und aktuell bei NRS 3-4/10. Zudem bestünden eine deutliche Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks, insbesondere der Dorsalextension, eine Kraftminderung der gesamten linken Hand und eine schmerzhafte Funktionseinschränkung der linken Hand. Die Schmerzintensität im Bereich der linken Hand liege maximal bei NRS 10/10 und aktuell bei NRS 2/10. Nicht unfallkausal bestünden zudem Kribbelparästhesien im Versorgungsgebiet des N. ulnaris und eine deutliche Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, insbesondere der Aussenrotation. Im Rahmen der Beurteilung und der Empfehlungen aus medizinischer Sicht hielten die Experten fest, dass sich vor gut sechs Jahren ein Hochgeschwindigkeitstrauma mit distaler, mehrfragmentärer intraartikulärer, dislozierter Radiusfraktur links, welche operativ versorgt worden sei, ereignet habe. Zwischenzeitlich habe sich ein CRPS Typ I gebildet, welches nun wieder abgeklungen sei. Zudem habe die Versicherte bei diesem Unfall dislozierte Metatarsale-Schaftfrakturen III und IV und eine intraartikuläre mehrfragmentäre Interphalanx-Fraktur Dig I im rechten Fuss erlitten. In diesen Bereichen habe sich mittlerweile eine Arthrose entwickelt. Vibrations- und Stossbelastungen der linken Hand sollten vermieden werden. Zudem sollte eine wechselbelastende Tätigkeit sowohl in Bezug auf beide obere Extremitäten als auch die untere rechte Extremität ausgeübt werden. Aufgrund der deutlichen Irritierbarkeit des rechten Fusses sollten keine Leitern und Gerüste mehr bestiegen werden. Diese Einschränkungen sollten zur Verhinderung einer möglichen Progression der Arthrose sowie aufgrund im Tagesverlauf kumulierenden Schmerzen

vermieden werden. Aufgrund dieser kumulierenden Schmerzen sollte eine tägliche Pause von mindestens zwei Stunden eingehalten werden können. Nicht unfallkausal könnten aufgrund des Geburtsgebrechens und der damit verbundenen Beweglichkeitseinschränkung der rechten Schulter keine Arbeiten über Kopf mehr erfolgen. Die berufliche Tätigkeit als Verkäuferin sei nicht mehr zumutbar. Die Anforderungen seien zu hoch mit einer ganztags stehenden-gehenden Tätigkeit und dem Hantieren von bis zu mittelschweren Lasten. Im Rahmen der Beschreibung einer noch zumutbaren beruflichen Tätigkeit führten die Experten aus, dass eine sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit ganztags zumutbar sei. Dazu seien zusätzliche Pausen nötig, insgesamt ca. zwei Stunden pro Tag, da im Tagesverlauf eine Verschlechterung des Gangbildes und zusätzlich eine Schmerzzunahme der linken Hand auftreten würden. Spezielle Einschränkungen bestünden betreffend den rechten Fuss, indem es sich um eine wechselbelastende Tätigkeit handeln müsse, ohne Ersteigen von Leitern und Gerüsten und mit maximal einer Stunde am Stück Gehen/Stehen. Betreffend linker Hand sei zudem zu berücksichtigen, dass keine Exposition gegenüber Vibrationen und Stössen und kein Krafteinsatz erfolgen dürfe. In Bezug auf die rechte Schulter, die nicht unfallkausal sei, könnten kein Krafteinsatz erfolgen und keine länger dauernde Überkopfarbeit.

4.4.2.3 Gestützt auf diese Beurteilung ermittelte die Unfallversicherung, anders als die Beschwerdegegnerin, eine Arbeitsunfähigkeit von 24% in einer angepassten beruflichen Tätigkeit (vgl. dazu Ermittlung in Unfallversicherung-act. 294). Die Beschwerdegegnerin legte in der angefochtenen Verfügung nicht dar, wie sie auf die um 4% höhere Arbeitsfähigkeit von 80% gelangte. Auch Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Leiter des Regionalen ärztlichen Dienstes beider Basel RAD, legte in seiner Stellungnahme vom 10. Februar 2021 nicht dar, wie er zu einem Wert von 80% kommt. Bereits dieser Umstand weckt Zweifel an der Zuverlässigkeit der Feststellungen der Beschwerdegegnerin.

4.4.3 Hinzu kommt, dass die Experten der Klinik B.____, der Kreisarzt C.____ und die Unfallversicherung bei der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit ausdrücklich nur die unfallbedingten körperlichen Beschwerden miteinbezogen hatte. Die nicht auf den Unfall zurückzuführenden körperlichen Beschwerden und dabei insbesondere die auf ein Geburtsgebrecchen zurückzuführenden funktionellen Einschränkungen der rechten Schulter wurden von den Experten der Klinik B.____ zwar im Rahmen der Untersuchung und der Befunderhebung erwähnt, nicht aber im quantitativen und/oder qualitativen Leistungsprofil berücksichtigt, da sie eben nicht auf den Unfall zurückzuführen sind. Auch Dr. D.____ äusserte sich hierzu im Rahmen seiner Stellungnahme vom 10. Februar 2021 nicht explizit. Daher ist zum jetzigen Zeitpunkt ungeklärt, ob in quantitativer und/oder qualitativer Hinsicht aus medizinisch-theoretischer Sicht neben dem bereits attestierten zweistündigen Pausenbedarf und dem umschriebenen Tätigkeitsprofil weitere Einschränkungen, die die Klinik B.____ bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht lassen durfte, im IV-Verfahren zu berücksichtigen sind. Es besteht somit weiterer Abklärungsbedarf.

4.4.4 Zudem lassen sich die Eckdaten der von der Beschwerdegegnerin in der Verfügung gewählten zeitlichen Abstufungen nicht nachvollziehen. Widersprüchlich ist insbesondere, weshalb gemäss Tabelle von Seite 7 zwischen dem 13. August 2016 und dem 31. Dezember 2017 gar keine Einschränkung mehr bestehen soll, nachdem auf Seite 6 ab dem 13. August 2016 und bis auf Weiteres eine Arbeitsfähigkeit von 80% festgestellt wurde. Sofern sich die Beschwerdegegnerin diesbezüglich auf den Bericht von Dr. D.____ vom 28. September 2016 stützte, wäre dies irrtümlich geschehen. Dr. D.____ ging in diesem Bericht ab 12. August 2016 von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus. In seiner

Stellungnahme vom 10. Februar 2021 änderte er aber seine Auffassung und hielt fest, dass vom 20. Januar 2014 bis 24. Februar 2014 keine Arbeitsfähigkeit, vom 25. Februar 2014 bis 28. April 2014 eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit und vom 29. April 2014 bis 12. August 2016 keine Arbeitsfähigkeit und ab 12. Juni 2016 ein residuelles Pensum von 80% bestanden habe. Der Grund für die Abweichung ist unklar. 4.4.5 Gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen ist ausserdem unklar, ob sich ab dem 12. Juni 2016 eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin von mehr als drei Monaten einstellte. Die Beschwerdegegnerin bestreitet dies unter Hinweis auf die Einschätzungen von Dr. D.____. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Dr. D.____ hielt im Bericht vom 15. Mai 2018 zwar fest, dass in der Zwischenzeit keine massgebliche Verschlechterung ausgewiesen sei. Auch in der Stellungnahme vom 10. Februar 2021 führte er auf Seite 10 aus, dass sich dem Dossier keine medizinischen Unterlagen entnehmen lassen würden, die eine wegweisende Verschlechterung oder zeitlich relevante Arbeitsunfähigkeiten behandlungsbedingter Art belegen würden, weshalb sich als abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ein residuelles Pensum von 80% seit der Untersuchung durch Dr. C.____ vom 12. Juni 2016 ergebe. Eine begründete Auseinandersetzung mit dem von der Beschwerdeführerin aufgrund der vermehrten Schmerzen am rechten Fuss und der linken Hand bei der Unfallversicherung am 31. Juli 2018 gemeldeten Rückfall und dem Umstand, dass die Unfallversicherung wieder Leistungen erbrachte, fehlt aber. Auch den Unfallversicherung-Akten ist diesbezüglich keine detaillierte Beurteilung zu entnehmen, was aber verständlich ist, da sich die Experten der Klinik B.____ zum Verlauf der einzelnen Arbeitsunfähigkeitsphasen nicht äussern mussten. 4.5 Insgesamt liegen somit verschiedene Gründe vor, die gegen die Verlässlichkeit der Feststellungen der Beschwerdegegnerin in Bezug auf den erwerblichen Teil der Invaliditätsbemessung sprechen. Insbesondere stellen sich Fragen in Bezug auf die Höhe der Arbeits(un)fähigkeit der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Beschwerden und den Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten ab Unfalldatum bis Verfügungserlass. Damit ist betreffend die Ermittlung des erwerblichen Teils der Invalidität im vorliegenden Fall noch keine Spruchreife gegeben. Die Beschwerdegegnerin wird mit Hilfe eines externen Gutachtens, das sie im Verfahren von Art. 44 ATSG einzuholen haben wird, diese Fragen zunächst erneut abzuklären haben. 5.1 Zu prüfen bleiben die Einschränkungen im Haushaltsbereich. Ausschlaggebend ist dabei nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, sondern wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt. Dafür bedarf es in der Regel einer Abklärung an Ort und Stelle (vgl. Art. 69 Abs. 2 Satz 2 IVV; vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Juni 2021, 9C_80/2021, E. 3.1 mit Hinweisen; vom 6. September 2017, 9C_373/2017, E. 3.1 mit Hinweisen). Die fachlich qualifizierte Haushaltsabklärung ist die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkungen im Haushalt, ohne dass es zusätzlich einer ärztlichen Person bedarf, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit äussern müsste (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. April 2020, 8C_185/2020, E. 4.2.2 mit Hinweis). Hinsichtlich des Beweiswertes des Abklärungsberichts sind - analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1) - verschiedene Faktoren zu beachten. Eine Haushaltsabklärung ist beweiskräftig, wenn sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie Beeinträchtigungen und Behinderungen hat, die sich aus den medizinischen Diagnosen ergeben. Weiter sind die Angaben der

versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Schliesslich muss der Berichtstext plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juni 2021, 9C_80/2021, E. 3.2 mit Hinweisen).

5.2 Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung gestützt auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 12. August 2020 auf Seite 7 f. folgende ungewichtete Einschränkungen im Haushaltsbereich fest:

- vom 7. Juni 2014 bis 31. Juli 2015 bei einem Anteil Haushalt von 60%: 0% Einschränkung,
- vom 1. August 2015 bis 12. August 2016 bei einem Anteil Haushalt von 50%: 0% Einschränkung,
- vom 13. August 2016 bis 31. Dezember 2017 bei einem Anteil Haushalt von 50%: 0% Einschränkung,
- vom 1. Januar 2018 bis 31. Juli 2018 bei einem Anteil Haushalt von 50%: 18% Einschränkung,
- vom 1. August 2018 bis 31. August 2019 bei einem Anteil von 50% Haushalt: 35% Einschränkung und
- ab dem 1. September 2019 bei einem Anteil von 50% Haushalt: 0% Einschränkung.

Im Rahmen der Vernehmlassung räumte die Beschwerdegegnerin ein, dass sich in der Verfügung insofern ein Fehler eingeschlichen habe, soweit ab Februar 2015 für den Haushaltsteil von keinerlei Einschränkung ausgegangen worden sei, obwohl im Abklärungsbericht Haushalt vom 12. August 2020 auf Seite 13 diesbezüglich eine 32,4%-ige Einschränkung festgestellt worden sei. Dieser Irrtum sei zu korrigieren. Ansonsten hielt die Beschwerdegegnerin an den ermittelten Einschränkungen und an der Beweistauglichkeit des Abklärungsberichts vom 12. August 2020 fest.

5.3 Die Beschwerdeführerin beanstandete in der Beschwerde und in der Replik sehr detailliert und ausführlich die Berechnung der Einschränkungen für die Tätigkeit im Aufgabenbereich Haushalt. Konkret kritisierte sie den Abklärungsbericht Haushalt vom 12. August 2020 und bezeichnete diesen als untauglich für die Berechnung des Invaliditätsgrads.

5.4.1 Die Beschwerdegegnerin veranlasste zunächst eine erste Abklärung vor Ort (Abklärungsbericht vom 19. Januar 2017). Auf Einwand der Beschwerdeführerin hin wurde am 8. Juli 2020 eine zweite Abklärung vor Ort durchgeführt. Der entsprechende Abklärungsbericht wurde am 12. August 2020 verfasst. Dessen Beweiskraft ist nun im Folgenden zu prüfen.

5.4.2 Zunächst ist festzustellen, dass im Abklärungsbericht in der ersten Phase "Oktober 2014" von einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wird. Diese Feststellung stimmt nicht mit den medizinischen Akten überein. Gemäss den medizinischen Berichten (vgl. z.B. die Stellungnahme von Dr. D.____ vom 10. Februar 2021, Seite 11) bestand im Oktober 2014 keine Arbeitsfähigkeit. In der zweiten Phase "November 2014 bis Januar 2015" wird im Bericht von einer Arbeitsunfähigkeit von 0% ausgegangen. Auch diese Beurteilung stimmt nicht mit den medizinischen Berichten überein, die in dieser Zeitspanne ebenfalls eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestieren (vgl. z.B. Stellungnahme von Dr. D.____ vom 10. Februar 2021, Seite 11). Die Beschwerdeführerin monierte damit auf Seite 11 der Beschwerde zu Recht, dass die der Haushaltsabklärung zugrundeliegenden Arbeitsunfähigkeiten nicht stimmen würden. Bereits dieser Punkt stellt die Beweistauglichkeit des Abklärungsberichts in Frage.

5.4.3 Weiter ist der Beschwerdeführerin darin zuzustimmen, dass die Differenz zwischen den Feststellungen der Abklärungsperson betreffend die Einschränkungen im Haushalt mit zum Teil 0% und der aus medizinischer Sicht getroffenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beschränkt auf sehr leichte, vorwiegend sitzend auszuführende, wechselbelastende Arbeiten und stark einschränkende Gewichtslimiten betreffend Belastbarkeit für das Tragen mit der linken, dominanten Hand und der rechten Hand sehr gross ausgefallen ist (Seiten 12 und 17 der

Beschwerde). Selbst wenn eine gewisse Mitarbeit des Ehemannes im Haushalt im Rahmen der Schadenminderungspflicht zu berücksichtigen ist - die Mithilfe der beiden Kinder (Jahrgang 2007 und 2011) muss aufgrund ihres jungen Alters weitestgehend unberücksichtigt bleiben -, und im Haushalt andere Arbeiten zu bewältigen sind als im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit, weckt diese grosse Diskrepanz weitere Zweifel an der Zuverlässigkeit des Abklärungsberichts vom 12. August 2020. Bei dem attestierten Belastungsprofil ist es nicht nachvollziehbar, dass bei Haushaltsarbeiten, wo meist stehend und gehend gearbeitet und mit Gewichten hantiert wird, keine Einschränkungen bestehen sollen. 5.4.4 Es ist der Beschwerdeführerin sodann zuzustimmen, dass der Abklärungsbericht bei der Einschätzung der Einschränkungen diejenigen Zeitphasen ignoriert, in denen die Beschwerdeführerin aufgrund von zwei nachträglichen Fussoperationen am 21. Mai 2015 und 1. März 2016 zweifelsohne nicht - wie im Bericht dargelegt - in keiner Weise eingeschränkt gewesen sein kann (vgl. Beschwerde Seite 19 f.). Insbesondere ist den Einwendungen der Beschwerdeführerin zu folgen, dass die Aussage im Bericht nicht stimmen könne, soweit sie auch nach den Operationen beim Grosseinkauf mit dem Ehemann dabei gewesen sein und auch alleine eingekauft haben soll. Zu Recht wendete die Beschwerdeführerin weiter ein, dass es aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen seltsam anmute, dass sie in allen Jahren punkto Einkaufen nie eingeschränkt gewesen sein soll. Der Abklärungsbericht geht auch von falschen Fakten aus, indem die Abklärungsperson auf Seite 21 fälschlicherweise auf eine veraltete und durch die EFL vom 9. Juli 2019 überholte Zumutbarkeitsbeurteilung des Kreisarztes der Unfallversicherung und des RAD aus dem Jahr 2018 abstellte. Im Übrigen stimmen auch die diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht, wenn sie ausführt, der Kreisarzt bestätige im Jahr 2018 seine Vorbeurteilung von 2016 und seine Beurteilung werde durch die EFL bestätigt. Im Gegenteil, dies ist gerade nicht der Fall. Dr. C._____ formulierte ein viel strengeres Anforderungsprofil als dasjenige aus dem Jahr 2016, das eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkungen als zumutbar erachtete und auf das die Beschwerdegegnerin in ihrem ersten Vorbescheid noch abstellte. Auch diese Ausführungen zeigen, dass der Abklärungsbericht Haushalt vom 12. August 2020 nicht als zuverlässige Basis für die Ermittlung des Invaliditätsgrads im Aufgabengebiet Haushalt taugt. 5.4.5 Hinzu kommt, dass verschiedene Erklärungen im Bericht nicht mit den dazugehörenden Zahlen in den Tabellen stimmig sind. So heisst es zum Beispiel im Bericht punkto Ernährung (Seite 7) für den Oktober 2014 mit Annahme einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeitsphase (die, wie bereits in Erwägung 5.4.2 hiavor dargelegt, gar nicht existierte und damit per se falsch ist, da für die Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit anerkannt wurde), die Versicherte habe berichtet, dass sie in dieser Phase die Zubereitung der Speisen wegen der erheblichen Einschränkungen in den Handbereichen dem Ehemann überlassen habe. Stehen sei in dieser Zeit auch nicht möglich gewesen, da sie rasch Schmerzen gehabt habe. Sie habe im Küchenbereich weder das Essen vorbereiten noch rüsten noch zubereiten können. Die Einschränkung wurde mit 0% bemessen. Die mehr oder weniger gleiche Schilderung findet sich in der Phase Februar 2015 bis August 2016. Dennoch wurde für diese Phase eine 40%-ige Einschränkung protokolliert. Weshalb bei den gleichen Angaben im Rahmen der Ernährung unterschiedliche Einschränkungen bestehen sollen, wird von der Abklärungsperson nicht dargelegt. Die Abklärungsperson scheint diesbezüglich vielmehr einzig auf die ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit abgestellt zu haben, was nicht korrekt ist. Auch im Bereich

Haushaltsführung (Seite 6) ergibt sich aus dem Bericht, dass die Abklärungsperson ihre Einschätzung rein aufgrund der Arbeitsfähigkeit traf, ohne die Angaben der Versicherten zu würdigen. Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung zwar fest, dass die Ermittlungsergebnisse im IV-Haushaltsbericht vom 12. August 2020 aus medizinischer Sicht kursorisch nachvollzogen werden könnten, denn allfällig abweichende Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit würden sich auf die jeweiligen Tätigkeiten im Haushalt beziehen, die aber zeitabhängig nicht in allen Punkten als optimal angepasst einzustufen seien. Sie bezog sich dabei auf eine Feststellung von Dr. D.____ in der Stellungnahme vom 10. Februar 2021. Diese Beurteilung von Dr. D.____ bleibt jedoch völlig abstrakt, sie ist weder aus sprachlicher Sicht verständlich noch ist sie inhaltlich nachvollziehbar. 5.4.6 Schliesslich ist der Beschwerdeführerin auch dahingehend beizupflichten, dass schlicht nicht nachvollziehbar ist, weshalb ab 1. September 2019 trotz unverändertem Gesundheitszustand gar keine Einschränkung mehr bestehen soll (vgl. Seite 21). 5.4.7 Weiter ist die Rubrik "6.7 Verschiedenes" (Seite 13) anzuführen. In jeder Zeitphase steht dort die identische Bemerkung: "Die versicherte Person besass einige Zimmerpflanzen, welche von ihr gegossen und bei Bedarf umgetopft werden konnten". Weshalb diese Feststellung in der Phase Februar 2015 bis August 2016 für eine 100%-ige Einschränkung genügt, in allen anderen Phasen (auch ab September 2016) aber zu keiner Einschränkung führen soll, ist nicht nachvollziehbar. Dazu passt auch, dass diese Rubrik in den Zeitphasen ab Januar 2018 im Bericht gar nicht mehr aufgeführt wird. Der Beschwerdeführerin ist in diesem Zusammenhang sodann zuzustimmen, wenn sie in der Beschwerde auf Seite 19 rügt, es sei nicht glaubhaft, dass sie viermal exakt das Gleiche gesagt haben soll. Der Abklärungsbericht ist in verschiedenen Bereichen offensichtlich im Copy-Paste Verfahren erstellt worden, sind doch in mehreren Bereichen die exakt gleichen Formulierungen inklusive Tippfehlern zu finden. Dies weckt ebenfalls Zweifel an einer konkreten und fallbezogenen Berichterstattung. 5.5 Damit ist festzustellen, dass die Abklärungen der Beschwerdegegnerin im Bereich Haushalt nicht beweistauglich sind. Angesichts dieser Sachlage erübrigt sich, auf die weiteren Vorbringen und Einwendungen der Beschwerdeführerin einzugehen. 6.1 Zusammenfassend ergibt sich aus dem Gesagten folgendes: Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL der Klinik B.____ vom 9. Juli 2019. Dieser Bericht überzeugt zwar grundsätzlich, zeigt sich aber insbesondere für die Zeitspanne ab August 2016 als zu wenig detailliert, um den Verlauf aller unfallkausaler und unfallfremder somatischer Beschwerden und der entsprechenden Arbeitsunfähigkeiten der Beschwerdeführerin aus einem Gesamtzusammenhang rechtsgenügend beurteilen zu können. Andere medizinische Berichte, die zu diesen Fragen verlässlich Stellung nehmen würden, liegen keine vor. Hier wird die Beschwerdegegnerin unter Zuhilfenahme einer externen ärztlichen Expertise im somatischen Fachbereich gemäss Art. 44 ATSG weitere Abklärungen zu tätigen haben und anschliessend die Einschränkungen im Bereich Erwerb für die einzelnen Zeitphasen neu festzulegen haben. 6.2 Zudem taugt der Abklärungsbericht Haushalt vom 12. August 2020 nicht als zuverlässige Basis für die Ermittlung des Invaliditätsgrads im Aufgabenbereich Haushalt. Er beruht auf einem veralteten Zumutbarkeitsprofil, ignoriert unterschiedliche Zeitphasen und lässt sogar 100%-ige Arbeitsunfähigkeiten unberücksichtigt, ebenso erscheinen verschiedene Erklärungen im Bericht nicht mit den dazugehörigen Zahlen der Tabellen übereinzustimmen. Hier wird die Beschwerdegegnerin nach Vorliegen der medizinischen Expertise eine neue Haushaltsabklärung in Auftrag geben müssen, wobei mit der Abklärung vor Ort eine Abklärungsperson zu betrauen sein wird, die bisher nicht mit

der vorliegenden Angelegenheit befasst war. Anschliessend wird der RAD konkret dazu Stellung nehmen müssen, ob die Feststellung der Abklärungsperson in den einzelnen Aufgabenbereichen mit dem medizinisch attestierten Zumutbarkeitsprofil in Übereinstimmung gebracht werden können. 6.3 Aufgrund der vorliegenden Akten kann somit die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung vom 2. Juni 2021 nicht überprüft werden. Die Angelegenheit ist deshalb in Aufhebung der Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese in geeigneter Form den medizinischen Sachverhalt und die tatsächlichen Verhältnisse nochmals abklärt und danach über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheidet. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 6.4 Ob sich mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin in formeller Hinsicht gerügte Gehörsverletzung eine Rückweisung bereits aus formellen Gründen gerechtfertigt hätte, braucht bei diesem Verfahrensausgang nicht näher geprüft zu werden. Ebenfalls nicht zu prüfen sind die Rügen der Beschwerdeführerin betreffend die Höhe des Valideneinkommens und die Höhe des Invalideneinkommens, insbesondere die Höhe des leidensbedingten Abzugs. Solange die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in der angestammten und/oder einer leidensangepassten Tätigkeit nicht verlässlich feststeht, können diese Fragen nicht beurteilt werden. 7.1 Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 215 E. 6.2, je mit Hinweisen). 7.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 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 Beschwerdegegnerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- ist ihr zurückzuerstatten. 7.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht in seiner Honorarnote vom 17. Januar 2022 einen Zeitaufwand von 27,6 bzw. unpräjudiziell reduziert auf 22 Stunden geltend. Dieser Aufwand - insbesondere derjenige für die Ausarbeitung der Beschwerde mit 15,35 Stunden - erweist sich im Quervergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als zu hoch, weshalb er um sieben Stunden zu kürzen ist, was ein Total von 15 Stunden ergibt. Diese sind mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte). Unter Berücksichtigung der geltend gemachten Auslagen vom Fr. 239.30 und von 7,7% Mehrwertsteuer ist der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'296.50 (15 Std. x Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 239.30 und 7,7% Mehrwertsteuer) zu

Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

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