

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/417 vom 27. März 2018**

Sg Versicherungsgericht, 2018-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2015\\_417](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2015_417)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/417 du 27 mars 2018

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/417 del 27 marzo 2018

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG: Abstellen auf ein Gerichtsgutachten. Anwendung der gemischten Methode gestützt auf den per 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Art. 29bis IVV (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. März 2018, IV 2015/417). Entscheid vom 27. März 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich in einem Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich ermittelt und summiert (Art. 28a Abs. 3 IVG; Art. 27bis Abs. 2 lit. a und b der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Art. 27bis Abs. 3 lit. a IVV) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (Art. 27bis Abs. 3 lit. b

IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Tätigkeit im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 3 lit. b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27bis Abs. 4 IVV). 1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, 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 (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; Urteil vom 1. Dezember 2015, 8C\_586/2015, E. 2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1).

## **E. 2**

2.1 Zu prüfen ist vorab, ob das Gerichtsgutachten vom 10. Oktober 2017 eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen der medizinischen Experten ab. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermutungsweise hohes Gewicht zu (BGE 135 V 469 f. E. 4.4 mit Hinweisen). 2.2 Die Gerichtsgutachter kamen zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer (einschliesslich neurologischer) Sicht in der angestammten Tätigkeit als Detailhandelsverkäuferin zu weniger als 30 % und in einer adaptierten Tätigkeit und im Haushalt zu maximal 40 % arbeitsfähig ist (4 Stunden täglich mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit von 80 %). Diese Restarbeitsfähigkeiten würden seit September 2010 gelten. Aus psychiatrischer Sicht gelte für die angestammte und eine adaptierte Tätigkeit eine 25 %ige Arbeitsunfähigkeit bzw. eine 20 %ige Einschränkung im Haushalt ab Mitte 2016. Allgemein-internistisch bestehe keine Einschränkung, mit Ausnahme qualitativer Einschränkungen wegen der Adipositas und dem Augenleiden (act. G 24, S. 41 und 43). Während die Beschwerdeführerin das Gerichtsgutachten für schlüssig hält (act. G 27), machte die Beschwerdegegnerin geltend, darauf könne aus rechtlichen und medizinischen Gründen nicht abgestellt werden (act. G 30). In medizinischer Hinsicht ist einzig die rheumatologische Beurteilung umstritten. So hält RAD-Ärztin Dr. K. \_\_\_ explizit dafür, dass die übrigen Teilgutachten schlüssig und nachvollziehbar seien. Auch lägen keine Ausschlussgründe vor, die Konsistenz werde (wie schon im Vorgutachten) durchgehend bejaht (act. G 30.1). An sich steht grundsätzlich eine polydisziplinäre Beurteilung im Vordergrund. Entsprechend der Beurteilung durch Dr. K. \_\_\_ erscheint aber auch dem Gericht, dass die Teilgutachten des Internisten, der Neurologin und des Psychiaters zu keinen Fragen oder Zweifeln Anlass geben. 2.3 Der rheumatologische Gerichtsgutachter diagnostizierte (1.) ein chronisches lumbospondylogenes und residuelles lumboradikuläres Syndrom L5 links bei Fehlstatik mit Hohl-Rundrücken und Adipositas Grad I sowie komplexer Gangstörung, bei Status nach Verlängerungsspondylodese (XLIF) L4/L5,

Schraubenwechsel L5 beidseits und Neuplatzierung der Schrauben L4 beidseits am 11. April 2013 wegen Pseudoarthrose L5/S1, Schraubenlockerungen und Anschlusssegmentdegeneration L4/L5 bei/nach Status nach Wundrevision und Re-Dekompression L5/S1 mit Hämatomausspülung bei epiduraler Nachblutung sowie klinischer Radikulopathie L5 links am 29. September 2010 und zuvor Status nach Reposition, Dekompression und Stabilisation mittels TLIF L5/S1 sowie dorsaler Spondylodese L5/S1 am 13. September 2010 wegen symptomatischer Spondylolisthesis mit Spondylolyse L5 Grad I nach Meyerding und lumbosakraler Segmentdegeneration sowie bei ISG-Arthrose links, erhebliche Beckentorsion, (2.) eine kongenitale Hüftdysplasie rechts mit Flexions-, Abduktions- und Aussenrotationskontraktur bei Status nach Mehrfacheingriffen im Bereich der rechten Hüfte wegen Hüftdysplasie im Kindesalter und (3.) eine infantile Zerebralparese mit spastischer Hemisymptomatik rechts beinbetont, mit Beugekontraktur im rechten Hüft- und Kniegelenk, Residualzustand mit Bewegungseinschränkung im rechten oberen Sprunggelenk bei kongenitaler Achillessehnenverkürzung/Spitzfuss mit Status nach Mehrfacheingriffen mit Achillessehnenverlängerungsoperationen und mit Atrophie der Fuss-/Zehenmuskulatur rechts. Diesen Diagnosen mass der rheumatologische Gerichtsgutachter Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine inzipiente Coxarthrose links und eine Adipositas Grad I (BMI 31 kg/m<sup>2</sup>; act. G 24, rheumatologisches Teilgutachten, S. 14 f.). In der Beurteilung hielt der Gutachter fest, dass sich ihm eine erheblich behinderte Versicherte bei infantiler Zerebralparese mit beinbetonter spastischer Hemisymptomatik rechts, einem Residualzustand mit Radikulopathie L5 links nach postoperativ aufgetretener und elektrophysiologisch verifizierter axonaler Schädigung des Nervs L5 links mit Zustand nach insgesamt drei Lendenwirbelsäulenoperationen sowie einem Residualzustand mit Status nach Mehrfachoperationen im Bereich des rechten Hüftgelenkes bei kongenitaler Hüftluxation mit residueller Beuge-, Abduktions-, Aussenrotationskontraktur und im Rahmen der zerebralen Parese persistierender Beugekontraktur des rechten Kniegelenkes und eingeschränkter Sprunggelenksbeweglichkeit bei Status nach Mehrfacheingriffen im Kindesalter wegen eines kongenitalen Spitzfusses gezeigt habe. Dazu käme gemäss Akten eine erhebliche Visusstörung links. Durch diese Behinderungen sei die Versicherte in den Alltagsverrichtungen wie auch in der aktuellen Tätigkeit als Familienfrau erheblich eingeschränkt. Auf der Befundebene sei es aufgrund der stand- und gangbedingten Unsicherheit und belastungsabhängig progredienter Schwäche und Schmerzsymptomatik mit entsprechender Sturzgefahr glaubhaft und nachvollziehbar, dass die Versicherte maximal dreissig Minuten gehen und wenige Minuten stehen könne. Bei Status nach Spondylodese bestehe zudem eine erhöhte Belastung der supra- bzw. infrafusionellen, noch beweglichen Segmente mit entsprechend erhöhter Wahrscheinlichkeit einer Anschlussdegeneration, wie die Versicherte bereits erfahren habe. Im Vergleich zum Vorgutachten sei von einer Verschlechterung auszugehen mit verstärkter Schmerzsymptomatik und Gangstörung im ursprünglich gesunden, linken Bein bei postoperativ aufgetretener, im Verlauf therapierefraktärer Radikulopathie L5 links mit kontinuierlicher Abnahme der Belastbarkeit. Übereinstimmend mit dem Vorgutachten habe sich in der klinischen Untersuchung eine durchgehende Konsistenz der Befunde ohne Diskrepanzen bei uneingeschränkter Kooperation und adäquatem Verhalten der Versicherten gezeigt. Ebenfalls übereinstimmend mit dem Vorgutachten habe er eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung im Bereich der Lendenwirbelsäule, eine radikuläre

Symptomatik L5 und eine residuell schwergradig eingeschränkte Hüftbeweglichkeit rechts mit stark pathologischer, komplexer Gangstörung gefunden. Während der orthopädische Vorgutachter von einer pseudoradikulären Hypästhesie im Bereich des lateralen linken Unterschenkels spreche, erachte er diese als Ausdruck der postoperativ aufgetretenen und im Verlauf anhaltenden radikulären Reiz- und Ausfallsymptomatik die Radix L5 betreffend. Der orthopädische Vorgutachter habe hinsichtlich des rechten Hüftgelenkes eine deutliche Einschränkung der Aussen- und Innenrotation festgestellt und ein positives Drehmann-Zeichen bestätigt; ihm habe sich dagegen eine schwere Funktionseinschränkung der rechten Hüftgelenksbeweglichkeit mit erwähnter residueller Beuge-, Abduktions- und Aussenrotationskontraktur mit entsprechender Gangstörung gezeigt. Zusätzlich habe er eine Beugekontraktur im rechten Kniegelenk festgestellt. Die Hüft- und Kniegelenksfunktion rechts finde er daher deutlich schlechter als wie im Vorgutachten beschrieben. In der Zusammenschau der angegebenen Beschwerden, der klinischen und bildgebenden Befunde sowie der Aktenlage beurteile er die Situation deutlich schlechter als wie im Vorgutachten beschrieben. Es beständen erhebliche funktionelle Probleme hinsichtlich der Lendenwirbelsäule sowie des rechten Hüft- und Kniegelenkes mit komplexer Gangstörung, schmerzhafter Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule und chronischer, radikulärer Symptomatik L5 links. In der Summe sei die Beschwerdeführerin dadurch erheblich in allen stehenden und gehenden Verrichtungen handycapiert und auch hinsichtlich sitzender Tätigkeiten bestehe aufgrund der lumbalen Problematik eine deutliche Minderbelastbarkeit (act. G 24, rheumatologisches Teilgutachten, S. 17 ff.). Auf Ergänzungsfrage des Gerichts namentlich zu den zeitlichen Verhältnissen der gutachterlichen Beurteilung (act. G 33) hielt der rheumatologische Gerichtsgutachter am 21. Februar 2018 fest, die von ihm eingeschätzte Restarbeitsfähigkeit habe bereits im Zeitpunkt des Vorgutachtens bestanden. Er habe als Rheumatologe den damaligen Sachverhalt aufgrund der Vorakten, der persönlichen Befragung und der Untersuchung anders beurteilt als der orthopädische Vorgutachter. Zur entscheidenden, erheblichen und anhaltenden Verschlechterung sei es anlässlich der ersten Rückenoperation im September 2010 gekommen. Wie im Gutachten beschrieben, bestehe seither eine ausgewiesene, nachhaltige Verschlechterung des Gesundheitszustandes ohne wesentliche Veränderungen im weiteren Verlauf bis zur Begutachtung. Anlässlich der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin zunehmende Hüft- und Knieschmerzen links seit Herbst 2016 angegeben. Wie schon im Teilgutachten beschrieben, sei es damit im Vergleich zum Vorgutachten zwar zu einer gewissen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch den Bewegungsapparat betreffend gekommen, jedoch nicht in einem Ausmass, dass die Restarbeitsfähigkeit quantitativ noch weiter abgenommen habe. Was das von der RAD-Ärztin monierte Fehlen einer ausführlichen Begründung hinsichtlich der Ursache der lumbalen Schmerzen betreffe, bestehe ein Zustand nach mehrfacher Rückenoperation mit intra- und postoperativer Schädigung der Wurzel L5 links mit entsprechend anhaltender lumboradikulärer Symptomatik sowie ein Zustand nach Verlängerungspondylodese im April 2013 mit dadurch biomechanisch ständiger Überlastung der suprafusionellen Segmente in Abhängigkeit von mechanischen Krafteinwirkungen in- und ausserhalb der Körperachse. Es sei deshalb von einem sogenannten failed back surgery syndrome (FBSS) auszugehen. Dabei handle es sich nicht um ein einheitliches Krankheitsbild mit klarer Definition, sondern um einen multifaktoriell bedingten Zustand nach einer bzw. mehreren Rückenoperationen, gekennzeichnet durch chronisch anhaltende bzw. chronisch rezidivierende Rückenschmerzen und/oder Beinschmerzen. Unter diesen Terminus würden

eine Reihe von postoperativen Schmerzkomplexen unterschiedlicher Ätiologie subsummiert. Der Gerichtsgutachter beschreibt gestützt auf Literatur und Studien ausführlich zugrunde liegende Ätiologien dieser Zustände, namentlich präoperative, intraoperative und postoperative Ursachen. Bei der Beschwerdeführerin fänden sich verschiedene solcher Ursachen, ohne dass mit Ausnahme der postoperativ durch ein Hämatom verursachten axonalen Schädigung der Radix L5 links ein exaktes Substrat für die angegebenen Beschwerden benennbar sei. Es sei die Summe der Gewebeerletzungen und der durch die Operationen anhaltend gestörten Biomechanik mit reaktiven, schmerzhaften Überlastungen von Muskeln, Bändern und Gelenken, welche zur Diagnose eines FBBS führe (act. G 34).

2.4 Aus dem Teilgutachten und der Ergänzung vom 21. Februar 2018 geht nachvollziehbar und schlüssig hervor, dass und weshalb der rheumatologische Gerichtsgutachter zu einer erheblich höheren Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten wie in einer adaptierten Tätigkeit gelangt als das Vorgutachten. So hält der rheumatologische Gutachter mit überzeugender Begründung fest, aufgrund der Auswirkungen des "failed back surger syndrome" und des durchgehend glaubwürdigen und authentischen Verhaltens in allen Lebensbereichen, des adäquaten und kooperativen Verhaltens bei allen bisherigen Untersuchern wie auch bei ihm bestünden keine Zweifel an den Beschwerden, welche mit der Vielzahl der verschiedenen Einzelbefunde und in deren Summe mit dem Beschwerdebild durchaus korrelierten. In Würdigung sämtlicher Umstände sei er nach wie vor der Überzeugung, dass die Beschwerdeführerin im angestammten Beruf als Detailhandelsangestellte nur eine Leistungs-/Arbeitsfähigkeit unter 30 % und hinsichtlich einer optimal leidensadaptierten Tätigkeit von maximal 40 % realisieren könne (act. G 33-11). Der rheumatologische Gutachter betrachtet somit das somatische Beschwerdebild ganzheitlich, umfassend. Es bestehen für das Gericht keine Anhaltspunkte, an dieser Einschätzung zu zweifeln. Zwar wäre wünschbar gewesen, wenn der rheumatologische Gutachter bereits im Teilgutachten nicht bloss datumsmässig festgehalten hätte, dass und weshalb er den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bereits im Zeitpunkt der ersten Operation im September 2010 als klar verschlechtert erachtet und er insoweit eine wesentlich andere Beurteilung der seither (im quantitativen Umfang) unveränderten Restarbeitsfähigkeit als der orthopädische Vorgutachter vornimmt. Auch wäre durchaus nützlich gewesen, wenn der Gerichtsgutachter bereits im Teilgutachten die Summe der Beschwerden bzw. das chronische lumbospondylogene und residuelle lumboradikuläre Syndrom L5 links ergänzend mit dem Terminus FBBS umschrieben hätte. Dies ändert allerdings nichts daran, dass weniger die spezifischen Diagnosen mit allenfalls unklarer bzw. multifaktorieller Genese in der Invalidenversicherung massgebend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind, als vielmehr die funktionellen Auswirkungen der objektivierten Befunde. Und hier hält der rheumatologische Gutachter mit überzeugender Begründung fest, aufgrund der Auswirkungen des "failed back surgery-syndrome" und des durchgehend authentischen Verhaltens in allen Lebensbereichen bestünden keine Zweifel an den Beschwerden, welche mit der Vielzahl der verschiedenen Einzelbefunde und in deren Summe mit dem Beschwerdebild korrelierten.

2.5 Für leidensangepasste Tätigkeiten ist demnach von einer Restarbeitsfähigkeit von (maximal) 40% ab September 2010 auszugehen. Im Haushaltsbereich attestierte der rheumatologische Gerichtsgutachter eine Beeinträchtigung (Einschränkung) von 40 % (act. G 24, rheumatologisches Teilgutachten S. 22). Wie aus der Begründung jedoch hervorgeht, ist damit nicht die Einschränkung, sondern die Restvalidität gemeint. Der rheumatologische Gerichtsgutachter hält nämlich in der Begründung fest, dass die Gesamtheit der Behinderungen die Beschwerdeführerin nicht nur

in einer angepassten Tätigkeit, sondern auch in den Alltagsverrichtungen bzw. der Tätigkeit als Familienfrau erheblich einschränken. Er schätze die Beschwerdeführerin im besten Fall hinsichtlich einer leidensadaptierten Tätigkeit ausserhäuslich wie im Haushalt zu maximal 40% arbeitsfähig (act. G 24, rheumatologisches Teilgutachten S. 17 und 21). Nachdem in der angestammten Tätigkeit als Detailhandelsangestellte von einer Arbeitsunfähigkeit von weniger als 30 % auszugehen ist, erscheint in Anbetracht der multiplen Einschränkungen auch diese Einschätzung durchaus plausibel, fallen doch in einem Haushalt überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten an, in denen die Beschwerdeführerin gemäss Gerichtsgutachten erheblich handicapiert ist (act. G 24, rheumatol. Teilgutachten S. 19 f.).

### **E. 3**

3.1 Die vorliegend zu beurteilende Wiederanmeldung erfolgte am 1. November 2012 (IV-act. 54 f.), womit ein Rentenanspruch frühestens ab 1. Mai 2013 besteht (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war zufolge der ab September 2010 über 70 %igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu diesem Zeitpunkt bestanden. Es rechtfertigt sich daher, für den Einkommensvergleich ist das Jahr 2013 heranzuziehen (BGE 129 V 222).

3.2 Die Beschwerdeführerin verfügt über eine abgeschlossene Ausbildung als Einzelhandelskauffrau (IV-act. 8-1). Gemäss Arbeitszeugnis vom 8. August 2002 (IV-act. 84-1) und Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin vom 14. Juli 2004 (IV-act. 9) hatte sie vom 4. Dezember 2000 bis 8. August 2002 als Aushilfskassiererin bei einem Grossverteiler gearbeitet. Sie war ohne fixes Pensum angestellt zu einem Stundenlohn von Fr. 17.35 (IV-act. 9-2). Gemäss Lohnblatt 2001 (IV-act. 9-5) leistete die Beschwerdeführerin im Jahr 2001 673,1 Arbeitsstunden (inkl. Ferienanteil), was wöchentlich 12,9 Stunden (673,1 : 52) und bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 44 Std./Woche (IV-act. 9-2) einem Pensum von 29,3 % entspricht. Zwischen 1. Januar und 31. Mai 2002 arbeitete die Beschwerdeführerin während 239,25 Stunden (IV-act. 9-7), was hochgerechnet auf das ganze Jahr 574,2 Std. (239,25 : 5 x 12) und ein Pensum von rund 25 % ergibt (574,2 : 52 : 44). Der Umfang und die Dauer dieser Tätigkeit erlauben es nicht, die in den Jahren 2001 und 2002 erzielten Einkommen als zuverlässige Basis für die Bemessung des Valideneinkommens heranzuziehen. Dieses ist somit aufgrund des Tabellenlohns zu bemessen. Gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 des Bundesamtes für Statistik (BFS) beträgt er Fr. 4'296.-- (TA 1, Ziff. 47, Detailhandel, Frauen, Kompetenzniveau 2). Bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,8 Stunden/Woche (BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 47, Detailhandel, 2013) ergibt sich ein Tabellenlohn von Fr. 53'872.-- (Fr. 4'296.-- : 40 x 41,8 x 12). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2013 beträgt er Fr. 54'241.-- (BFS, Lohnentwicklung 2014, T 39, Index Frauen 2012: 2630, 2013: 2648). Dieser entspricht dem Valideneinkommen bei 100 %iger Erwerbstätigkeit.

3.3 Hinsichtlich des Invalideneinkommens macht die Beschwerdeführerin geltend, ihre Restarbeitsfähigkeit sei nicht mehr verwertbar. An der Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarkts vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, im tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist hingegen in denjenigen Fällen anzunehmen, in denen die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realisiertem

Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteile des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C\_485/2014 E. 2 und E. 3.3.1 mit Hinweisen). Massgebend für die wirtschaftliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit sind auch die verbleibende Aktivitätsdauer und die Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2016, 8C\_910/2015, E. 4.3.3). Der Beschwerdeführerin verbleibt bis zum Erreichen des Pensionsalters noch eine Aktivitätsdauer von rund 20 Jahren. Ihr Leistungsprofil ist zwar in körperlicher Hinsicht stark und durch diverse Faktoren eingeschränkt. Doch ist sie in psychischer Hinsicht nicht dauerhaft wesentlich beeinträchtigt und verfügt über intellektuelle Ressourcen, die es ihr erlauben, die Ausbildung im Detailhandel abzuschliessen. Es ist daher anzunehmen, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit beispielsweise in Form von Büroarbeiten an einem ihr angepassten Arbeitsplatz (insbesondere mit höhenverstellbarem Pult) grundsätzlich verwertbar wäre. Gegebenenfalls kann die Beschwerdeführerin eine Umschulung mit neuer Anmeldung beantragen.

3.4 Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist vom Durchschnittseinkommen gemäss LSE 2013, Kompetenzniveau 1, Frauen, auszugehen. Dieses beträgt Fr. 51'793.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV 2018, Bern 2018, Anhang 2). Ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % beläuft es sich auf Fr. 20'717.-- ( $0,4 \times \text{Fr. } 51'793.--$ ). Interdisziplinär attestieren die Gerichtsgutachter bei einer Arbeitsfähigkeit von 40 % erhebliche qualitative Einschränkungen (act. G 24-42). Diese bestehen aus rheumatologischer und neurologischer Sicht darin, dass ausschliesslich körperlich leichte Tätigkeiten in vorwiegend sitzender Position möglich (act. G 24, rheumatologisches Teilgutachten, S. 19; neurologisches Teilgutachten, S. 7) und aus psychiatrischer Sicht Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die psychische Belastbarkeit nicht zumutbar sind (act. G 24, psychiatrisches Teilgutachten, S. 12). Dieses Zumutbarkeitsprofil begründet einen Tabellenlohnabzug von höchstens 10 %, da die verschiedenen Diagnosen und Einschränkungen im Wesentlichen bereits in die Arbeitsfähigkeitsschätzung eingeflossen sind (vgl. E. 2.4 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2015, 9C\_846/2014, E. 4.1.1, mit Verweisen). Mit Tabellenlohnabzug von 10 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 18'645.-- ( $0,9 \times \text{Fr. } 20'717.--$ ) bzw. für ein Vollzeitpensum ein erwerblicher Invaliditätsgrad von 65,6 % ( $[\text{Fr. } 54'241.-- - \text{Fr. } 18'645.--] : \text{Fr. } 54'241.--$ ).

3.5 Im Haushalt ist von einer Einschränkung von 60 % auszugehen (vgl. E. 2.5). Demnach beträgt der auf den Haushalt entfallende Teilinvaliditätsgrad bei einer Qualifikation von 45 %, wie sie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 19. November 2015 vorgenommen hat, 27 % ( $0,45 \times 60 \%$ ). Zusammen mit einem erwerblichen Teilinvaliditätsgrad von 36,1 % ( $0,55 \times 65,6 \%$ ) resultiert ein Gesamtinvaliditätsgrad von 63,1 %. Die Beschwerdeführerin hat somit Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Dieser bestünde auch, wenn von der von ihr geltend gemachten Qualifikation als zu 70 % Erwerbstätige (Beschwerde vom 9. Dezember 2015, act. G 1-6 f.; Schreiben vom 31. März 2015, IV-act. 149-11) ausgegangen würde (Teilinvalidität Haushalt =  $0,3 \times 60 \% = 18 \%$ , erwerblicher Teilinvaliditätsgrad =  $0,7 \times 65,6 \% = 45,9 \%$ ; Gesamtinvalidität 63,9 %).

#### **E. 4**

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 8'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.