

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/138 vom 24. Juni 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-06-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2023_138

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/138 du 24 juin 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/138 del 24 giugno 2024

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG, Art. 28 IVG; Art. 28a IVG Im Beschwerdeverfahren eingereichte neue bildgebende Befunde vermögen die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht zu entkräften, zumal keine damit zusammenhängende dauerhafte Verschlechterung der funktionellen Leistungsfähigkeit ausgewiesen ist. Einkommensvergleich bei Teilerwerbstätigkeit im hypothetischen Gesundheitsfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Juni 2024, IV 2023/138).

Volltext

Entscheid vom 24. Juni 2024 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2023/138 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich zum ersten Mal am 10. August 2007 wegen einer Fibromyalgie und einer depressiven Episode bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 6). Gestützt unter anderem auf ein bidisziplinäres (psychiatrisches und rheumatologisches) Gutachten vom 1. Juli 2008, wonach die Versicherte sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft als auch in anderen adaptierten Verweistätigkeiten zu 70 % arbeitsfähig sei (IV-act. 36-11), wies die IV-Stelle das Gesuch mit Verfügung vom 26. August 2008 ab (IV-act. 43; Invaliditätsgrad 0 %). Eine gegen die Verfügung erhobene Beschwerde vom 25. September 2008 (IV-act. 44) liess die Versicherte am 27. Oktober 2008 vorbehaltlos zurückziehen, weshalb das Versicherungsgericht das Verfahren am 28. Oktober 2008 abschrieb (IV-act. 50; Verfahren IV 2008/421). Die Versicherte ersuchte am 4. März 2019 erneut um Leistungen der IV. Sie gab an, unter Rückenschmerzen, Hyperurikämie, Gichtanfällen, Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, einer Depression und Rheuma zu leiden. Vom 1. Oktober 2009 bis 22. Oktober 2018 sei sie bei der vormaligen Arbeitgeberin stundenweise als Reinigungsangestellte tätig gewesen (IV-act. 55). Von den behandelnden Ärzten wurden der Versicherten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bzw. ein chronisches Schmerzsyndrom Stadium II nach Gerbershagen, eine Adipositas Grad II, ein Diabetes Typ II, eine Spondyloarthritis, ein Fibromyalgiesyndrom sowie eine mittelgradige depressive Störung diagnostiziert (Klinik für Rheumatologie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG], Bericht vom 19. Juli 2018, IV-act. 69-14 f., Austrittsbericht vom 5. November 2018, IV-act. 69-12 f. [stationäre Behandlung vom 22. Oktober 2018 bis 5. November 2018], Berichte Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom 10. Juli 2019, IV-act. 75-7 ff., vom

22. November 2019, IV-act. 78, vom 25. Februar 2020, IV-act. 84 und vom 5. Juni 2020, IV-act. 92, Arztbericht Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin, IV-act. 69-2 ff., Arztbericht Zentrum D.____ vom 13. Februar 2020, IV-act. 83). Vom 9. April 2020 bis 20. Mai 2020 war die Versicherte in der Klinik E.____ in stationärer Behandlung (Austrittsbericht vom 11. Juni 2020, IV-act. 93). Der RAD nahm am 15. Juni 2020 Stellung, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne ein niederschwelliges Eingliederungspotential mit einer Präsenzzeit von 2 bis 4 Stunden pro Tag angenommen werden mit der Aussicht auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit innerhalb von 6 bis 12 Monaten (IV-act. 94). Die IV-Stelle erteilte Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 5. Oktober 2020 bis 5. Januar 2021 (Mitteilung vom 21. August 2020, IV-act. 103) und für ein Aufbaustraining vom 6. Januar 2021 bis 6. Juli 2021 mit Ziel einer Steigerung der Leistungsfähigkeit auf 100 % innerhalb von 6 Monaten (Mitteilung vom 7. Dezember 2020, IV-act. 112). Die Massnahme wurde per 29. Januar 2021 abgebrochen, da aus gesundheitlichen Gründen eine Steigerung der Leistung über 12 % bis 17 % nicht erreicht bzw. die Präsenz von 4 Stunden nicht gehalten werden konnte (Assessment- und Verlaufsprotokoll, 26. Januar 2021, IV-act. 114). Die IV-Stelle hob die Mitteilung vom 7. Dezember 2020 auf und wies das Gesuch betreffend weitere berufliche Massnahmen ab (Mitteilung vom 26. Januar 2021, IV-act. 116). Vom 8. bis 17. Februar 2021 erhielt die Versicherte eine multimodale rheumatologische Komplexbehandlung und es wurde eine beidseitige Gonarthrose mit belastungsabhängigen Schmerzen rechts mehr als links festgestellt (Austrittsbericht Klinik für Rheumatologie KSSG vom 18. Februar 2021, IV-act. 122-18 ff.). Dr. B.____ führte im psychiatrischen Verlaufsbericht vom 13. August 2021 aus, der Gesundheitszustand habe sich seit Juni 2020 eher wieder etwas verschlechtert. Unverändert halte sie die Versicherte in einer leichten, körperlich wenig belastenden Tätigkeit ohne besondere intellektuelle Ansprüche zu ca. 50 % arbeitsfähig (IV-act. 123-1 f.). Die IV-Stelle tätigte Abklärungen zur Haushaltstätigkeit der Versicherten (Angaben vom 17. August 2021; Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/ Haushalt, IV-act. 124-1 ff.; IV-act. 127). Anlässlich der Haushaltsabklärung vom 1. Juni 2022 ermittelte sie eine Gesamteinschränkung vom 14,51 % und hielt fest, ohne gesundheitliche Einschränkung wäre die Versicherte weiterhin in einem 50 %-Pensum erwerbstätig (Abklärungsbericht vom 27. Juli 2022, IV-act. 146). Dr. med. F.____, Fachärztin für Anästhesiologie, berichtete am 23. August 2022 über einen stationären Gesundheitszustand seit August 2021. Sie führte aus, durch die Fatigue und die chronischen Schmerzen seien die Belastbarkeit und die Konzentration der Versicherten eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit schätze sie aktuell auf etwa 20 % bei verminderter Leistungsfähigkeit (IV-act. 147-1 ff.). Die Klinik für Rheumatologie des KSSG führte im Untersuchungsbericht vom 19. August 2022 unter anderem aus, es bestehe eine Enthesitis (entzündlicher Rückenschmerz), eine Gonarthrose beidseits, aktuell behandelt mit Infiltrationen, sowie ein Impingementsyndrom beider Schultergelenke (IV-act. 187-27 ff.). Dr. B.____ schilderte im Verlaufsbericht vom 25. Oktober 2022 den psychischen Gesundheitszustand als im Wesentlichen unverändert (IV-act. 150). Dr. med. G.____, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte bei der Versicherten gemäss Bericht vom 18. November 2022 ein leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom links (IV-act. 174-13 f.). Die IV-Stelle liess die Versicherte in der Folge polydisziplinär (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie, Neuropsychologie, Endokrinologie/Diabetologie sowie Psychiatrie) begutachten, wobei der Auftrag der medexperts AG zugestimmt wurde. Als die Arbeitsfähigkeit einschränkend diagnostizierten die Gutachter eine chronische

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), ein chronisches cervikogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Affektion, am ehesten muskuloskelettal bedingt, chronische Kopfschmerzen, am ehesten vom Spannungstyp (differenzialdiagnostisch durch Medikamentenübergebrauch bedingt) sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Affektion. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhoben sie unter anderem einen Diabetes mellitus Typ II, eine Adipositas Grad II, weichteilrheumatische Beschwerden mit fibromyalgischer Komponente mit Weichteilkalzifikation am Trochanter major rechts und rechts gluteal sowie Fibroostose am Epicondylus humero radialis, ein degeneratives Schulterleiden bei Tendinitis calcarea der Infraspinatussehne rechts, eine im Gang befindliche Gonarthrose links, ein degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom mit moderater Spondylarthrose L4/5 und diskreter Osteochondrose L3-5, einen Status nach leichtgradigem Karpaltunnelsyndrom links sowie ein Sulcus ulnaris Syndrom (IV-act. 173-7 f.). Die Experten attestierten sowohl in der bisherigen sowie in einer angepassten, im Wesentlichen leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Retrospektiv bestätigten sie bis zum 21. Oktober 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, ab 22. Oktober 2018 von 0 %, ab 15. Juli 2019 von 50 %, ab 1. August 2019 von 70 %, ab 9. April 2020 von 0 %, ab 21. Mai 2020 von 20 % und ab 4. Juni 2020 von 70 % (Gutachten medexperts AG vom 8. Mai 2023, IV-act. 173-9). Der RAD nahm am 10. Mai 2023 Stellung und hielt fest, auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 177). Die IV-Stelle gewährte der Versicherten mit Vorbescheid vom 30. Mai 2023 das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 180). Mit Einwand vom 30. Juni 2023 berief sich die Versicherte auf die ab 22. Oktober 2018 erfolgten Krankschreibungen durch die behandelnden Ärzte. Weiter machte sie geltend, das für den Einkommensvergleich herangezogene Einkommen bestehe aus Kranken-, Arbeitslosen- und Invalidentaggeldern. Auch das RAV, die Arbeitslosenkasse und die IV-Stelle hätten sie als arbeitsunfähig angesehen. Die Eingliederung sei gescheitert (IV-act. 181). Am 19. Juli 2023 verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid. Zur Begründung führte sie aus, die IV-Taggelder seien der Versicherten abhängig von den Eingliederungsmassnahmen ausbezahlt worden. Dies bedeute daher nicht, dass sie auch in rentenberechtigendem Ausmass arbeitsunfähig sei. Zur Rentenprüfung sei eine Begutachtung durchgeführt worden. Die Gutachter hätten Unstimmigkeiten zwischen den von ihr angegebenen Beschwerden und den von ihnen erhobenen objektivierbaren Befunden beschrieben. Ein schwererer, rentenrelevanter Gesundheitsschaden liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vor. Da sie nicht ununterbrochen während 365 Tagen zu mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sei, bestehe auch kein befristeter Rentenanspruch (IV-act. 182). Gegen die Verfügung vom 19. Juli 2023 erhebt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 16. August 2023 Beschwerde. Sie beantragt die Überprüfung des angefochtenen Entscheides und damit sinngemäss dessen Aufhebung und die Zusprache einer IV-Rente. Zur Begründung führt sie aus, aufgrund ihrer langjährigen gesundheitlichen Probleme seien verschiedene Klinikaufenthalte notwendig gewesen und hätten Eingliederungsmassnahmen abgebrochen werden müssen. Inzwischen habe sich herausgestellt, dass sie unter einem Bandscheibenvorfall leide. Dies und die Befunde am Arm würden sie nun noch stärker beeinträchtigen (act. G 1). Mit der Beschwerde reicht die Beschwerdeführerin verschiedene Arztberichte und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei (act. G 1.2 ff.). Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragt mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober

2023 die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt im Wesentlichen vor, auch wenn den Gutachtern nicht alle Krankenschreibungen vorgelegen hätten, ergäben sich daraus keine Neuerungen oder Hinweise, die die Gutachter übersehen haben könnten. Auch die Berichte des KSSG enthielten keine Tatsachen, die nicht bereits bei der Begutachtung bekannt gewesen seien. Der geltend gemachte Bandscheibenvorfall lasse sich mit den eingereichten Unterlagen nicht belegen. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung sei damit nicht widerlegt. Es sei von einer 50%igen Erwerbstätigkeit und einer 50%igen Tätigkeit im Haushalt auszugehen. Gemäss Abklärungsbericht vom 1. Juni 2022 bestehe im Haushalt eine Einschränkung von 15 %. Rechtsprechungsgemäss dürften dafür die Mitarbeit des Ehemannes und die Unterstützung der Tochter nicht angerechnet werden. Auf den Bericht sei abzustellen. Im Erwerb betrage die Einschränkung unter Berücksichtigung des konkret ermittelten Einkommens ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) und des Einkommens, welches nach Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt werden könnte (Invalideneinkommen) 12 %. Insgesamt resultiere ein Invaliditätsgrad von 12 % (50 % x 15 % im Haushalt + 50 % x 6 % im Erwerb). Dieser berechtige nicht zu einer Rente. Ein befristeter Rentenanspruch bestehe nicht, da die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bzw. 80 % während des Aufenthalts in der Klinik E.____ vom 9. April bis 20. Mai 2020 nicht als voraussichtlich bleibend oder längere Zeit dauernd betrachtet werden könne (act. G 4). Die Beschwerdeführerin reicht zur Replik am 18. November 2023 einen Bericht von Dr. H.____ vom 23. Juni 2023 (act. G 6.1) und einen Bericht von Dr. med. I.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 14. September 2023 (act. G 6.2) ein. Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 21. November 2023 auf eine Duplik (act. G 7). Auf die weiteren Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Streitgegenstand bildet der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.20) in Kraft getreten. Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 19. Juli 2023. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 144 V 213 E. 4.3.1). Demnach sind die Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung anwendbar, da die angefochtene Verfügung einen noch unter Geltung des alten Rechts entstandenen Rentenanspruch zum Gegenstand hat (s. nachfolgende E. 1.4; vgl. auch Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz 9101). Diese werden nachfolgend in der alten Fassung zitiert. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) gewesen sind (lit. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Die IV-Stelle trat aufgrund des veränderten Gesundheitsschadens zu Recht (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV) auf das neue Gesuch vom 4. März 2019 (IV-act. 55) ein. Ein allfälliger Rentenanspruch besteht nach vorgängig rechtskräftig gewordener abweisender Verfügung vom 26. August 2008 (IV-act. 43) frühestens nach Ablauf des Wartejahres gemäss Art. 28

Abs. 1 lit. b IVG und sechs Monate nach Einreichen der Anmeldung (Art. 29 IVG; vgl. BGE 142 V 550 f. E. 3.1 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 18. Februar 2016, 9C_942/2015, E. 3.3.3). Gemäss den Gutachtern war sie in der angestammten Tätigkeit bis zum 21. Oktober 2018 zu 30 % arbeitsunfähig, bis zum 15. Juli 2019 100 %, bis zum 1. August 2019 50 % und danach 30 %. Vom 1. September 2018 bis 1. September 2019 war die Beschwerdeführerin somit während rund 1,75 Monaten zu 30 %, während 8,75 Monaten zu 100 %, während 0,5 Monaten zu 50 % sowie während einem Monat zu 30 % arbeitsunfähig (IV-act. 173-9). Im Schnitt entspricht dies rund 82 %, weshalb das Wartejahr am 1. September 2019 erfüllt war. Zu diesem Zeitpunkt war auch die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 IVG abgelaufen, weshalb ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. September 2019 besteht. Art. 8 Abs. 1 ATSG 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 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 nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung des Invaliditätsgrades in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind (...), wird der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach Abs. 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit (...) und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und ist der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind 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 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gemäss Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Zunächst ist über die Beweistauglichkeit des polydisziplinären Gutachtens vom 8. Mai 2023 zu befinden. Die Gutachter erhoben Anamnese (IV-act. 173-15 ff.; IV-act. 173-22 ff.; IV-act. 173-34 ff.; IV-act. 173-44 ff.; IV-act. 173-52 ff.; IV-act. 174-2 f.) und Befunde (IV-act. 173-18 f.; IV-act. 173-25 f.; IV-act. 173-38 f.; IV-act. 173-47 ff.; IV-act. 173-56 ff.; IV-act. 174-3 f.) soweit wesentlich. Die Diagnosestellungen und Beurteilungen erfolgten unter Berücksichtigung der massgeblichen Akten und Vorbefunde (IV-act. 173-27 ff., 31; IV-act. 173-48 f.; IV-act. 173-58 f.). Der neurologische Gutachter fand ein chronisches zervikogenes Schmerzsyndrom; eine radikuläre Ausstrahlung könne bei Angabe zirkulärer Schmerzen des Ober- und Unterarmes nicht nachvollzogen werden. Weiter hielt er fest, die angegebenen Kopfschmerzen entsprächen vor dem Hintergrund ausgeprägter nuchaler Schmerzen und Myogelosen Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Die Diagnose eines Karpaltunnelsyndroms links anhand der anamnestischen Angaben und klinischen sowie elektrophysiologischen Befunde könne aktuell nicht sicher bestätigt werden bei fehlender Angabe des Leitsymptoms von schmerzhaften, nächtlichen Parästhesien mit Besserung nach Ausschütteln. Ein Sulcus ulnaris Syndrom mit nachweisbarer Neuropathie liege aufgrund fehlender Parese oder Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris nicht vor. Bezüglich des lumbovertebralen Schmerzsyndroms könnten keine radikulär in die Beine ausstrahlenden Schmerzen eruiert werden. Vielmehr würden muskuloskelettale Schmerzen insbesondere im linken Hüft- und Kniegelenk berichtet (IV-act. 173-29 f.). Der Gutachter kam zum Schluss, aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms cervical und lumbovertebral bestehe ein erhöhter Pausenbedarf, der für die bisherige und eine adaptierte Tätigkeit zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % führe (IV-act. 173-31). Die rheumatologische Gutachterin führte aus, eine entzündlich-rheumatologische Grunderkrankung sei nicht bekannt und die Versicherte beschreibe keinen entsprechenden Schmerz. Die Bewegungseinschränkung im Bereich der rechten Schulter finde eine korrelierende Veränderung im Sinne einer paraossalen Weichteilkalzifikation. Für die Diagnose eines

Fibromyalgiesyndroms gemäss den Kriterien des ACR fehle die Angabe einer ausgeprägten Tageserschöpfbarkeit oder Tagesermüdbarkeit, kognitiver Einbussen oder von Bauchschmerzen. Eine Hypermobilität könne nicht bestätigt werden. Im Nacken-Schulterbereich seien myofasciale Dysbalancen zu tasten vor dem Hintergrund einer Haltungsinsuffizienz. Bildgebend fänden sich keine höhergradigen degenerativen Veränderungen im Hals- und Lendenwirbelsäulenbereich (IV-act. 173-41). Die zu diagnostizierenden weichteilrheumatischen Beschwerden mit fibromyalgischer Komponente (Weichteilkalzifikation am Trochanter major rechts, rechts gluteal und Fibroostose am humero radialis links), das degenerative Schulterleiden, die Gonarthrose links sowie das degenerative Lendenwirbelsäulensyndrom mit moderater Spondylarthrose L4/5 und diskreter Osteochondrose L3-5 (IV-act. 173-41) bedingten in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 173-42). Diese Einschätzung erscheint nachvollziehbar und schlüssig. Der psychiatrische Gutachter hielt die Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0) für erfüllt (IV-act. 173-59 f.). Er berücksichtigte die neuropsychologische Untersuchung, deren Ergebnis als valide beurteilt wurde und ganz überwiegend unauffällig war (vgl. IV-act. 174-4). Weiter führte er aus, gemäss dem Mini-ICF-APP fänden sich in den zu beurteilenden Fähigkeiten mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen im Bereich Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie leicht bis mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen im Bereich Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie Selbstbehauptungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin verfüge über gute soziale Ressourcen, das kognitive Leistungsvermögen sei unauffällig. Belastend seien die somatischen Beschwerden sowie psychosoziale Faktoren (IV-act. 173-60). Er attestierte sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (IV-act. 173-61). Auch diese Einschätzung ist nachvollziehbar begründet und erfolgte unter Anwendung der Indikatoren des aufgrund der psychiatrischen Diagnosen erforderlichen strukturierten Beweisverfahrens (vgl. dazu BGE 143 V 409 E. 4.3 ff.; BGE 143 V 418 E. 5.2). In der Konsensbeurteilung führten die Gutachter unter anderem aus, es fänden sich aktuell Symptome und Beschwerden, die die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren rechtfertigen würden. Im Vordergrund des klinischen Bildes stünden seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung hätten. Psychischen Faktoren werde zwar eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation und Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen. Er werde nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht. Des Weiteren fänden sich auch Symptome und Beschwerden (Stimmungstiefs, pessimistische Zukunftsperspektiven, Gefühle von Wertlosigkeit, vermindertes Selbstwertgefühl), welche die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, rechtfertigen würden. Gemäss Mini-ICF-APP fänden sich in den zu beurteilenden Fähigkeiten mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen im Bereich Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie leicht bis mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen im Bereich Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, sowie

Selbstbehauptungsfähigkeit. Somatischerseits fänden sich ein chronisches zervikogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Affektion. Bei Angabe starker Schmerzen der paravertebralen und nuchalen Muskulatur mit Verstärkung bei Kopffrotation und weniger bei In-/Reklination bestünden ausgeprägte Myogelosen in diesem Bereich mit Druckdolenz. Eine radikuläre Ausstrahlung der Schmerzen könne nicht nachvollzogen werden, bei Angabe von zirkulären Schmerzen des Ober- und Unterarmes sowie von Ellenbogenschmerzen. Die angegebene Hypästhesie des linken kleinen Fingers werde nur palmar angegeben, dorsal bestünde eine normale Berührungsempfindung. Hinweise auf eine Parese oder Atrophie der CS-innervierten Muskelgruppen links ergäben sich klinisch nicht. Die Schulterschmerzen v.a. bei Abduktion würden sie im Rahmen eines Impingement Syndroms bds. rechtsbetont werten. In der letzten zervikalen MRI Bildgebung vom 23. Juni 2017 habe sich eine normale Weite des Spinalkanals gezeigt und es habe keine Nervenkompression nachgewiesen werden können. Des Weiteren bestünden chronische Kopfschmerzen, a.e. vom Spannungstyp mit perikranieller Druckschmerzhaftigkeit. Die berichteten täglich drückenden, von okzipital bds. kappenartig nach vorne ziehenden Kopfschmerzen vor dem Hintergrund ausgeprägter nuchaler Schmerzen und Myogelosen entsprächen chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit klinisch holokranieller Druckschmerzhaftigkeit. Bei täglicher Ibuprofen-Einnahme könne differenzialdiagnostisch oder zusätzlich ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz vorliegen. Auch könne die Diagnose eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Affektion gestellt werden. Bei den angegebenen lumbosakralen Rückenschmerzen könnten keine radikulär ausstrahlenden Schmerzen in die Beine eruiert werden. Vielmehr würden muskuloskelettale Schmerzen des linken Beines, insbesondere das Hüft- und Kniegelenk betreffend berichtet. Die in der klinischen Prüfung angegebene Hypästhesie und Hypalgesie an der Aussenseite des linken Beines und des linken Aussenschenkels bis zum linken Fussrücken liessen entfernt an eine L4/L5 Radikulopathie denken. Klinisch sei der PSR jedoch bds. symmetrisch mittellebhaft auslösbar, Paresen der Kennmuskulatur der L4 und L5 Radices bestünden nicht. Ebenso wenig sei bisher bildgebend eine radikuläre Neurokompression beschrieben worden (IV-act. 173-7). Anschliessend nahmen die Gutachter die Diagnosestellung in polydisziplinärer Hinsicht vor (vgl. IV-act. 173-8 sowie Sachverhalt A.g) und legten nach Stellungnahme zu Persönlichkeit, Ressourcen und Belastungsfaktoren der Beschwerdeführerin das Belastungsprofil fest (IV-act. 173-8). Für die Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit hielten sie die psychiatrische und neurologische Einschätzung für massgeblich und setzten die Arbeitsfähigkeit für die angestammte sowie angepasste Tätigkeiten (Belastungsprofil: Leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, Überkopfarbeiten nur selten, in die Hocke gehen, Hinknien, Kauern, eine Leiter besteigen ebenfalls nur selten, kein repetitives Treppensteigen, ausreichende Pausenmöglichkeiten) auf 8.5 Stunden fest, bei einer Einschränkung der Leistung um 30% (IV-act. 173-9). Zuletzt wiesen die Gutachter im Konsens auf diverse medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hin, wobei sie die Erhöhung der Frequenz der ambulanten psychiatrischen Behandlung sowie die Überprüfung der verordneten Medikamente empfahlen, da zwei Medikamente unterhalb des therapeutischen Bereichs geprüft worden waren und das verordnete Antidepressivum nicht gewichtsneutral sei. Zudem hoben sie die günstige Wirkung einer Gewichtsreduktion hervor und empfahlen eine MTT (IV-act. 173-10). Die gutachterlichen Einschätzungen erweisen sich somit als vollständig, nachvollziehbar und schlüssig begründet. Die Beschwerdeführerin beruft sich zunächst auf die abweichende

Einschätzung der behandelnden Ärzte, wonach sie zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben sei. Zunächst ist bei der Würdigung der medizinischen Aktenlage der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt für Hausärzte wie auch für spezialärztliche behandelnde Medizinalpersonen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2021, 8C_164/2021, E. 3.2.1). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C_783/2020, E. 5.2 und vom 15. Oktober 2020, 8C_370/2020., E. 7.2). Die behandelnde Psychiaterin schätzte die Beschwerdeführerin ab dem Jahr 2020 in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (Verlaufsberichte vom 13. August 2021, IV-act. 123-1, und vom 25. Oktober 2022, IV-act. 150-2). Die Abweichung von der gutachterlichen Einschätzung lässt sich gut durch die unterschiedliche Aufgabe und Sichtweise von behandelndem und begutachtendem Arzt erklären. Die Beschwerdeführerin legt dem Versicherungsgericht Berichte über somatische Befunde vor, die in der Begutachtung nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Hierzu ist vorab festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung das Gericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des strittigen Entscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 144 V 213 E. 4.3.1). Die vorliegend zu beurteilende Verfügung datiert vom 19. Juli 2023. Zudem sind bildgebende Befunde für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur massgebend, sofern sie sich klinisch objektivierbar auf die funktionelle Leistungsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 19. Juli 2020, 8C_737/2019, E. 5.1.2 und vom 19. September 2019, 8C_82/2019, E. 5.3). Dr. H. ___ berichtete am 23. Juni 2023, die Beschwerdeführerin leide seit einigen Wochen an Schmerzen in beiden Beinen. Für diese hätte sich nun ein radiologisches Korrelat in Form eines Bandscheibenvorfalles S1 mit Kompression der Nervenwurzeln ergeben (act. G 6.1). Die gutachterliche neurologische Untersuchung fand am 13. März 2023 statt (IV-act. 173-22). Der Einschätzung des Gutachters lag noch ein MRI-Befund vom 23. Juni 2017 zugrunde, wonach unverändert geringe, nichtkomprimierende Bandscheibenherniationen LWK2 bis SWK1 vorlagen ohne Nachweis einer Nervenkompression (IV-act. 173-27 f.). Der Sachverständige hielt fest, eine Ausstrahlung der Rückenschmerzen in die Beine oder sensomotorische Defizite der Beine würden nicht beschrieben (IV-act. 173-23) und ging auch aufgrund der erhobenen Reflexe nicht von einer Neurokompression aus (vgl. IV-act. 173-30). Der von Dr. H. ___ berichtete MRI-Befund ist zwar neu und lag dem neurologischen Gutachter noch nicht vor. Indes beschrieb die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Begutachtung Beschwerden vor allem im linken Bein (IV-act. 173-23; IV-act. 173-35; IV-act. 173-52) und tieflumbale Rückenschmerzen mit Werten von bis zu 7 / 10 auf der numerischen Rating Skala (NRS). Der neurologische Gutachter formulierte somit ein den Rückenschmerzen angepasstes Zumutbarkeitsprofil (IV-act. 173-31), was im Konsens auch übernommen wurde und insbesondere mit einer Leistungseinschränkung von 30 % bzw. mit einem zusätzlichen

Pausenbedarf Berücksichtigung fand (IV-act. 173-7 sowie E. 3.5). Auch wurde im Konsens beispielsweise festgehalten, die in der klinischen Prüfung angegebene Hypästhesie und Hypalgesie an der Aussenseite des linken Beines und des linken Aussenschenkels bis zum linken Fussrücken liessen entfernt an eine L4/L5 Radikulopathie denken (IV-act. 173-7 und E. 3.5). Mithin haben die Gutachter die lumbalen bzw. lumbospondylogenen Beschwerden ausreichend berücksichtigt. Insbesondere haben sie auch ausgeführt, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung hätten, in bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen unter anderem in beruflichen Funktionsbereichen verursachten und nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht würden (IV-act. 173-7 sowie E. 3.5). Dass die Schmerzen im neuen Bildbefund radikulär und nicht mehr muskuloskelettal bedingt betrachtet werden, stellt eine neue diagnostische Beurteilung dar, die für sich alleine jedoch keine Änderung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermag. Zudem äussert sich der Bericht von Dr. H.____ vom 23. Juni 2023 nicht zur Behandelbarkeit der Beschwerden (vgl. act. G 6.1). Von einer solchen ist jedoch auszugehen. Zudem dauerten die wiedergegebenen Beschwerden im Zeitpunkt des Berichts erst kurzzeitig an, weshalb eine längerdauernde zusätzliche Beeinträchtigung sowohl im Zeitpunkt des Erlasses des vorinstanzlichen Entscheids als auch im Urteilszeitpunkt nicht als überwiegend wahrscheinlich angenommen werden kann. Weiter ist dem Bericht auch ein Hinweis auf akute psychosoziale Belastungen (Trennung, Umzug) zu entnehmen, die in ihren allfälligen negativen Auswirkungen auf die Funktionseinschränkungen ebenfalls von vorübergehender Natur sind. Der Bericht von Dr. H.____ vermag daher die gutachterliche Einschätzung nicht zu entkräften bzw. gibt keine Hinweise auf neue oder zu Unrecht nicht berücksichtigte Funktionseinbussen oder den Eintritt einer bleibenden Verschlechterung mit einhergehender weiterer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Bericht von Dr. med. I.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 14. September 2023 wurde zwar nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2023 verfasst. Es rechtfertigt sich aber, dennoch kurz darauf einzugehen, da Beschwerden genannt werden, die im Verfügungszeitpunkt wohl bereits vorhanden waren. Die behandelnde Orthopädin hielt fest, die Beschwerdeführerin leide seit mehreren Monaten unter belastungs- und bewegungsabhängigen, zudem auch nächtlichen Schmerzen der rechten Schulter. Zum Befund führte sie aus, die globale Bewegung sei endphasig schmerzhaft, aber vollständig durchführbar. Der Schürzengriff sei schmerzhaft. Bildgebend zeige sich eine Partialruptur der Supraspinatussehne, fraglich auch eine Tendinosis calcarea am Supraspinatussehnenansatz mit deutlichem Impingement, sowie eine Bursitis subacromialis (verkürzte Wiedergabe; act. G 6.2). Schon die rheumatologische Gutachterin beschrieb bei den verschiedenen Beweglichkeitsprüfungen der rechten Schulter die Angabe von Schmerzen durch die Beschwerdeführerin (IV-act. 179-39). Sie diagnostizierte ein degeneratives Schulterleiden bei Tendinitis calcarea der Infraspinatussehne rechts (IV-act. 173-41). Zwar wurden nach der Begutachtung bildgebend eine Partialruptur der Supraspinatussehne und der Bursitis subacromialis erhoben. Dass sich die klinischen Befunde und damit einhergehend die Funktionseinschränkungen entsprechend verschlechtert hätten, geht aus dem Bericht von Dr. I.____ nicht hervor. Ebenso wurden therapeutische Massnahmen (zunächst Physiotherapie und antiphlogistische Therapie mit Irfen, operative Sanierung) angeraten, weshalb eine dauerhafte Einschränkung auch hier nicht ausreichend nachgewiesen ist. Zusammenfassend bestehen sowohl hinsichtlich der Bein- als auch der Schulterbeschwerden Behandlungsoptionen, die mit den im Gutachten

empfohlenen einhergehen. Es ist anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin diese umsetzt (wozu sie im Übrigen in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht auch verpflichtet ist). Es ist daher von überwiegend vorübergehenden Verschlechterungen des Gesundheitszustandes auszugehen. Soweit dennoch neue andauernde Funktionseinschränkungen verbleiben sollten, bilden diese gegebenenfalls Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung. Es bleibt daher bei der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 70 % sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft als auch in einer anderen angepassten Verweistätigkeit auszugehen (IV-act. 173-9). Nach ständiger Rechtsprechung sind für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgebend. Allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen sind bis zum angefochtenen Entscheid zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2022, 8C_350/2022, E. 6 [richtig wohl E. 6.1.1]; BGE 129 V 222). Vorliegend ist dies das Jahr 2019. Unbestritten ist und plausibel erscheint, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 50 % im Erwerb und zu 50 % im Aufgabenbereich Haushalt tätig wäre: Die Beschwerdeführerin arbeitete bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens in einem Pensum von rund 50 % (Angaben Arbeitgeberin vom 2. April 2019, IV-act. 63-3; vgl. auch Lohnjournal IV-act. 63-9 ff.). Anlässlich der Haushaltabklärung vor Ort gab sie an, sie würde ohne Gesundheitsschaden weiterhin in diesem Pensum arbeiten aus Freude an der Arbeit, wegen der sozialen Kontakte und des Einkommens (IV-act. 146-5). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades von teilerwerbstätigen Personen werden der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich zusammengezählt (Art. 27 bis Abs. 1 lit. a und b IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird das Einkommen ohne Invalidität auf einen Beschäftigungsgrad von 100 % hochgerechnet (Art. 27 bis Abs. 2 lit. a IVV), das Einkommen mit Invalidität auf einen Beschäftigungsgrad von 100 % hochgerechnet und an die funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst (Art. 27 bis Abs. 2 lit. b IVV) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (Art. 27 bis Abs. 2 lit. c IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt und anhand der Differenz zwischen dem Erwerbspensum im Gesundheitsfall und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (vgl. Art. 27 bis Abs. 3 lit. a und b IVV). Im Bereich des Haushalts ist grundsätzlich die anlässlich der Abklärung ermittelte Einschränkung massgebend und die Unterstützung durch im Haushalt lebende Familienangehörige ist aufgrund der Schadenminderungspflicht von den Einschränkungen in Abzug zu bringen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 27. Februar 2024, 8C_583/2023, E. 2.3.1 f. und vom 28. Juni 2019, 9C_161/2019, E. 6.1). Vorliegend sind keine Umstände ersichtlich oder werden vorgebracht, die gegen ein Abstellen auf die ermittelte Einschränkung von 15 % sprechen. Gewichtet mit dem Tätigkeitsumfang von 50 % besteht im Haushalt eine Teilinvalidität von 7 %. Für die Berechnung der Invalidität im Erwerb stellte die Beschwerdegegnerin ein dem einstigen tatsächlichen Einkommen entsprechendes Valideneinkommen von Fr. 44'045.-- einem nach Tabellenlohn (Lohnstrukturhebung [LSE] des Bundesamtes für Statistik [BFS]) berechneten Invalideneinkommen von Fr. 39'005.-- gegenüber, was einen Teilinvaliditätsgrad von 11 % – gewichtet mit dem Erwerbspensum von 50 % von 6 % – (IV-act. 182-1; IV-act. 188; IV-act. 146-15) und zusammen mit der Invalidität im

Aufgabenbereich einen Gesamtinvaliditätsgrad von 13 % ergab. Für den Erwerb ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Einschränkung von 30 % jener in einer adaptierten Tätigkeit entspricht und das Einkommen bei der J.____ AG eher unterdurchschnittlich war. Somit können die Vergleichseinkommen aufgrund derselben Einkommensgrundlage ermittelt werden und entspricht der Invaliditätsgrad der Arbeitsunfähigkeit von 30 % (vgl. zum Ganzen BGE 104 V 137, E. 2b, Urteile des Bundesgerichts vom Urteil vom 25. September 2018, 8C_367/2018, E. 5.3, vom 10. April 2017, 9C_804/2016, E. 2.2, vom 12. Juli 2017, 9C_648/2016, E. 6.2.1; vom 14. Juli 2016, 9C_225/2016, E. 6.2.2 und vom 24. August 2016, 9C_237/2016, E. 2.2). Gewichtet ergibt sich damit ein erwerblicher Invaliditätsgrad von 15 % (50%-Pensum) und zusammen mit der Einschränkung von 7 % im Haushalt ein nicht rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad von 22 %. Nach dem Gesagten ist Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist mit dem Kostenvorschuss in gleicher Höhe getilgt. Ausgangsgemäss wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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