

SO_GERICHTE VSBES.2018.80 vom 8. Januar 2019

SO Obergericht, 2019-01-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.80_d20190108

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.80 du 8 janvier 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.80 del 8 gennaio 2019

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. Februar 2018 sei aufzuheben.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 f.) dar, die Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin ihrer Tätigkeit als Mitarbeiterin mit einem Pensum von 20 % nachgehen würde. Die restlichen 80 % entfielen in den Aufgabenbereich Haushalt. Die angestammte Tätigkeit sei ihr aufgrund des Unfallereignisses vom 21. Juli 2014 (recte: 2013) vorübergehend nicht mehr zumutbar gewesen. Die gesundheitliche Situation habe sich jedoch verbessert und seit spätestens dem 15. August 2016 könne der Beschwerdeführerin eine leichte, sitzende Tätigkeit zu 75 % zugemutet werden. Im Haushalt bestehe eine Einschränkung von 11 %. Zudem lägen invaliditätsfremde Gründe vor, die nicht berücksichtigt werden dürften. Gestützt auf einen (Gesamt-)Invaliditätsgrad von 29 % (vom 21. Juli 2014 [Ablauf der Wartezeit] bis 14. August 2016), von 10.7 % (vom 15. August 2016 [orthopädische Untersuchung] bis 31. Dezember 2017) und von 25.18 % (ab 1. Januar 2018) bestehe kein Rentenanspruch. In Bezug auf die Haushaltsabklärung sei zur Bestimmung des Status der Beschwerdeführerin auf die spontanen Aussagen der ersten Stunde abzustellen.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 5 ff.) und Beschwerdeergänzung (A.S. 25 ff.) entgegenhalten, die Beschwerdegegnerin stelle zu Unrecht auf die Gutachten der Dres. med. B.____ und C.____ ab. Der psychiatrische Gutachter beschränke sich im Wesentlichen darauf, der Beschwerdeführerin ohne jegliche sachgemässe Begründung Aggravation vorzuwerfen. Das Gutachten wirke subjektiv gefärbt und der Gutachter nicht hinreichend objektiv. Der Beschwerdeführerin werde zu Unrecht vorgeworfen, ihren Tagesablauf nicht rapportiert zu haben. Sie habe zu Protokoll gegeben, sich im Wesentlichen in der Wohnung aufzuhalten, oftmals liegend. Insgesamt würden hinreichende Befunde zur Diagnose einer mindestens mittelgradigen depressiven Störung rapportiert. Auf die besagten Befunde gehe der Gutachter überhaupt nicht ein, sondern er stemple die Aussagen der Beschwerdeführerin als nicht glaubwürdig ab. Eine Auseinandersetzung mit den massgeblichen Befunden und Diagnosen nach ICD-10 suche man im Gutachten vergeblich. Hinsichtlich der Diagnose eines depressiven Geschehens äussere er sich nicht zu den entsprechenden Elementen gemäss ICD-10. Gleiches gelte betreffend eine somatoforme Schmerzstörung, eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren oder ein ähnliches Gebrechen sowie eine Persönlichkeitsstörung oder

Persönlichkeitsakzentuierung. Zu den vom Gutachter ausgiebig diskutierten Aggravationskriterien sei festzuhalten, dass diese Darstellung einer näheren Prüfung nicht standhalte. Eine Vielzahl der Kriterien werde nach zu Unrecht erfolgter subjektiver Wertung bejaht. Die Angaben der Beschwerdeführerin seien authentisch und deckten sich mit anderweitigen psychiatrischen Einschätzungen. Als weiterer Mangel sei hervorzuheben, dass keine Auseinandersetzung mit abweichenden medizinischen Berichten erfolge. Vielmehr werde aktenwidrig behauptet, in den Akten seien keine psychischen Störungen dokumentiert. Abschliessend sei zu konstatieren, dass Dr. med. C.____ kein hinreichend objektiver Gutachter sei. Es liege kein einziges Gutachten von ihm vor, in welchem dieser eine relevante Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung attestiert hätte. Schliesslich halte der gleichzeitig explorierende Rheumatologe Dr. med. B.____ ausdrücklich fest, dass eine bewusstseinsnahe Aggravation nicht erkennbar sei. Dieser Widerspruch werde nicht adäquat aufgelöst. Bereits in der E.____ [...] sei eine mittelgradige Depression diagnostiziert worden. Die Beschwerdeführerin habe eine Behandlung bei Dr. med. D.____ aufgenommen, dies in einem engmaschigen Setting. Diese attestiere eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und kritisiere das psychiatrische Gutachten zu Recht. Der Gutachter habe nur mit halbem Ohr zugehört und unzutreffend protokolliert. Die Anamnese sei oberflächlich und eine Fremdanamnese fehle ganz. Der Gutachter führe unter den von ihm als relevant bezeichneten Akten kein einziges Aktenstück auf, welches sich zu den psychischen Beschwerden äussern würde. Vielmehr beziehe er sich ausschliesslich auf somatisch orientierte Berichte. Dies obwohl eine Vielzahl von Berichten die Depressivität der Beschwerdeführerin erwähne. Die Befragung der Beschwerdeführerin sei zudem sehr oberflächlich und nicht entsprechend den Leitlinien der Gesellschaft für Psychiatrie durchgeführt worden.

Im Weiteren sei auch das Gutachten von Dr. med. B.____ nicht beweistauglich. Die somatischen Leiden würden nicht in ihrer Schwere und Ausprägung adäquat erfasst. So imponierten erhebliche Restbeschwerden am rechten Fuss. Dies werde bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht adäquat gewichtet. Was das Rückenleiden betreffe, habe der Kreisarzt der Unfallversicherung Suva in der Vergangenheit eine unfallfremde schwere chronische Lumbalgie mit Status nach Kraft- und Gefühllosigkeit im Unterschenkel links erhoben. Auch das Röntgenbild vom 1. März 2017 zeige degenerative Veränderungen. Wie der Gutachter erheben könne, es bestehe eine unauffällige Bildgebung und eine Kompromittierung neuromeningealer Strukturen sei auszuschliessen, sei nicht nachvollziehbar. Hinsichtlich der Problematik am rechten Knie halte der Gutachter fest, diese sei nicht limitierend, obwohl im Haushaltsbericht das Gegenteil rapportiert werde. Entweder sei die Problematik nicht adäquat erfasst worden oder sie habe sich verschlechtert. Sodann sei die seit langem bestehende Migräne von den Gutachtern nicht adäquat gewichtet worden. Hier wäre eine neurologische Begutachtung angezeigt gewesen. Der rheumatologische Gutachter habe sich darauf beschränkt, Röntgenbilder anzufertigen und eine grobklinische Untersuchung durchzuführen. Dies sei klar unzureichend. Vielmehr wären MRI-Bilder anzufertigen gewesen. Überhaupt hätte die LWS-Problematik neurologisch untersucht werden müssen. Auch bezüglich des Knies hätten MRI-Bilder angefertigt werden müssen. Der Gutachter habe aber noch nicht einmal Röntgenbilder gemacht. Wie er vor diesem Hintergrund eine Arthrose ausschliessen könne, sei nicht klar. Gänzlich unbeachtet bleibe die Problematik am linken Fuss aufgrund des Unfalls am 13. Februar 2015 (recte: 2016). In somatischer Hinsicht seien die Beschwerden ausser in den Beurteilungen der Suva-Ärzte jeweils im Wesentlichen auf das körperliche

Verletzungsbild zurückgeführt worden. Dem schenke der rheumatologische Gutachter zu wenig Beachtung.

Schliesslich sei der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Status einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit von lediglich 20 % unzutreffend. Die angeblich rapportierten Auskünfte der Beschwerdeführerin und ihres Ehemannes gegenüber der Abklärungsperson würden bestritten. Es habe sich bereits vor dem Unfall 2013 so verhalten, dass die Beschwerdeführerin nicht lediglich zu 20 % bei F.____ erwerbstätig gewesen sei, sondern inklusive Überstunden zu mindestens 40 %. Besagtes Pensum wäre dann zu einem späteren Zeitpunkt noch erhöht worden, was die Arbeitsunfähigkeit letztendlich verunmöglicht habe. Diese Umstände seien auch aus dem Arbeitgeberbericht von F.____ ersichtlich. Es sei plausibel, dass die Beschwerdeführerin ihr Pensum, sobald die jüngste Tochter das Kindergartenalter erreicht hätte, auf 50 % erhöht hätte. Dafür spreche auch, dass das Einkommen des Ehemannes für die fünfköpfige Familie nicht ausreichend sei. Mithin sei ab August 2017 von einem Validenpensum von 50 % auszugehen. Was das Intake-Protokoll betreffe, so sei dieses von der Beschwerdeführerin weder gegengelesen noch unterzeichnet worden. Es sei ohne Beweiswert. Darüber hinaus werde dieses von der Haushaltsabklärerin auch unzutreffend interpretiert. Die Beschwerdeführerin habe im Protokoll ausgeführt, sie habe mit Überstunden Einsätze von rund 40 % geleistet und das entsprechende Pensum würde erhöht, sobald das jüngste Kind nicht mehr in gleicher Weise zu betreuen wäre. Vehement bestritten werde auch, dass die Beschwerdeführerin gesagt haben solle, dass sie erst im Schulalter und sodann lediglich auf 40 % erhöht hätte. Auch der Haushaltsabklärungsbericht sei im Übrigen weder gegengelesen noch unterzeichnet worden. Sodann wende die Beschwerdegegnerin die revidierte IVV-Bestimmung zu Unrecht erst ab dem 1. Januar 2018 an. Die Berechnung des gemischten Status habe schon für die Zeit vorher auf andere Weise zu erfolgen, zumal sich die von der IV vorgenommene Berechnungsweise nicht als EMRK-konform erweise. Schliesslich sei festzuhalten, dass hinsichtlich der Einschränkung in der Haushaltsführung nicht auf den Haushaltsbericht vom 30. August 2017 (recte: 20. September 2017) abgestützt werden könne. Dies alleine deshalb, weil erhebliche psychische Gebrechen imponierten, zu deren Beurteilung die Abklärungsperson nicht hinreichend kompetent sei. Ein Abklärungsbericht stelle dann keine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität gehe. Aber auch hinsichtlich der somatischen Beschwerden sei der Haushaltsabklärungsbericht nicht beweistauglich. So falle auf, dass zwar erhebliche Einschränkungen rapportiert, IV-seitig jedoch keine prozentualen Einschränkungen zugebilligt worden seien. Die sei auch unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht der Angehörigen in keiner Weise nachvollziehbar. Die anderweitigen Einschränkungen würden sodann erheblich zu tief bewertet, so etwa die Wohnungspflege, obwohl ärztlich ausgewiesen sei, dass die Beschwerdeführerin nur noch leichte, leidensadaptierte und wechselnde Tätigkeiten ohne langes Stehen und Gehen sowie ohne Heben von Gewichten zu bewerkstelligen vermöge. Gesamthaft sei entsprechend dem Attest von Dr. med. D.____ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in ausserhäuslicher Tätigkeit auszugehen. Dies habe sodann auch für die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt zu gelten. Unabhängig davon sei der Haushaltsabklärungsbericht auch in Gewichtung der somatischen Gebrechen absolut unzureichend. Wie etwa dort ausgewiesene Einschränkungen im Einkauf, bei der Wäsche oder der Kinderbetreuung eine Einschränkung von 0 resultieren solle, sei nicht nachvollziehbar.

Sollte das Gericht zum Schluss kommen, dass auf die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. med. D.____ nicht abgestellt werden könne, müsste bei im Übrigen derart mangelhaften Abklärungen des medizinischen Sachverhalts eine objektive externe Begutachtung erfolgen. Der Vollständigkeit halber sei festzuhalten, dass auch der Einkommensvergleich unzutreffend sei. Dies schon nur, weil beim Invalideneinkommen kein leidensbedingter Abzug vorgenommen worden sei. Ein solcher müsste mindestens 20 % betragen.

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Juli 2013 (IV-Nr. 2) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Juli 2014 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 5. Juli 2014, IV-Nr. 2), was hier im Januar 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab 1. Januar 2015 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4

S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht abgelehnt hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

5.1 Dr. med. G.____, H.____, Orthopädie, berichtete am 26. Juni 2014 (IV-Nr. 7.76) über eine Verlaufskontrolle nach der Operation des rechten Fusses der Beschwerdeführerin am 14. März 2014 (IV-Nr. 7.63 S. 23 f. und 7.70) und stellte folgende Diagnosen:

Im Weiteren wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin berichte weiterhin über deutliche Beschwerden im rechten Fuss. Zwar habe sie zur Vollbelastung übergehen können, jedoch sei die Gehstrecke auf 15 Minuten limitiert. Sie berichte zudem neu über eine depressive Verstimmung. Zunehmend scheine es zu sozialen Spannungen in der Beziehung und mit den Kindern zu kommen. Des Weiteren bestünden Kniegelenksschmerzen rechts, welche entweder auf die retropatelläre Chondropathie oder auf eine chronische Überlastung aufgrund der Fehlbelastung zurückzuführen seien. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin 100 % arbeitsunfähig. Das MRI des Kniegelenks rechts vom 15. Mai 2014 zeige eine unveränderte, weiterhin am ehesten chondrogene Struktur in der medialen Femurcondyle. Weiter bestehe ein stationärer tiefer Knorpelschaden am ventralen Femurcondylus mit regredientem Knochenmarksödem.

5.2 Der Kreisarzt der Unfallversicherung Suva berichtete im Rahmen seiner Untersuchung vom 9. September 2014 (IV-Nr. 16), dass die Beschwerdeführerin seit der Operation unveränderte Schmerzen im rechten Fuss verspüre. Wegen der langen Schmerzhaftigkeit gehe es ihr auch psychisch nicht gut. Es wurden folgende Diagnosen gestellt:

Ferner wurde ausgeführt, von kreisärztlicher Seite sei im Januar 2014 die Unfallkausalität der Kniebeschwerden rechts bejaht worden. Bezüglich der festgestellten retropatellären Knorpeldefekte und der Cyste im Femurcondylus sei allerdings festzuhalten, dass diese Befunde mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt seien. Subjektiv bestehe seit beinahe einem Jahr eine unveränderte Beschwerdesymptomatik, die gemäss Angaben der Beschwerdeführerin therapeutisch nicht beeinflussbar sei, sodass der Verdacht auf ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bestehe. Eine MRI-Untersuchung und eine diagnostische Infiltration seien angezeigt. Allenfalls sollte eine stationäre Rehabilitation geprüft werden.

5.3. Dr. med. I.____ und Dr. med. G.____ vom Spital H.____ berichteten am 21. November 2014 über ein MRI betreffend den Rückfuss rechts vom 27. Oktober 2014 (IV-Nr. 25 S. 6 f.): Das Ödem im Processus anterior calcanei sei deutlich rückläufig, einzelne Fragmente seien mittlerweile konsolidiert, der Rest sei debridiert. Die Oberfläche des CC-Gelenks stelle sich regelrecht dar. Allerdings finde man moderate degenerative Veränderungen im Bereich der anterioren Facette des Subtalargelenks. Eine kleine Zyste zeige sich ebenfalls im Taluskopf plantarseitig. Bei der Beschwerdeführerin bestünden weiterhin chronische Schmerzen. MR-diagnostisch bestünden im CC-Gelenk keine fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen, auch im USG seien nur moderate Veränderungen im Bereich der anterioren Facette vorhanden.

5.4 Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 10. August 2015 (IV-Nr. 29.2 S. 24 f.) die Diagnose eines chronischen regionalen Schmerzsyndroms mit Nachweis einer Nervenläsion (CRPS II) am rechten Fuss bei Status nach schwerem Supinationstrauma am 21. Juli 2013, mit Processus anterior calcaneus Fraktur, welche operativ behandelt wurde, Läsion des N. peroneus superficialis (im Rahmen der Trauma zu interpretieren), Läsion des N. suralis rechts (im Rahmen der Trauma zu interpretieren). Im Rahmen der Beurteilung führte er aus, klinisch und anamnestisch handle es sich um ein posttraumatisches CRPS. Dazu sehr gut passend seien die leicht verlangsamten

Nervenleitgeschwindigkeiten aller untersuchten Nerven distal am rechten Fuss, bei völlig normaler Neurographie kontralateral. Zusätzlich bestehe eine posttraumatische Läsion des N. peroneus superficialis mit Hypaesthesia dolorosa sowie elektrisierendem Gefühl im Narbenbereich und eine leichte primär demyelinisierende Läsion des N. suralis ipsilateral. Es gebe keine Anhaltspunkte für ein posttraumatisches Tarsaltunnelsyndrom rechts.

5.5 Am 11. August 2015 wurde die Beschwerdeführerin noch einmal kreisärztlich untersucht (Bericht vom 13. August 2015; IV-Nr. 27). Der Kreisarzt berichtete, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass es ihr gar nicht gut gehe. Jetzt habe sie auch noch Probleme mit dem Rücken und manchmal könne sie deswegen fast nicht aufstehen. Sie liege den ganzen Tag zu Hause und könne praktisch nichts machen. Im Rahmen der Befunderhebung wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin wirke stark depressiv verstimmt. Am rechten Fuss lateral präsentiere sich eine reizlose Narbe; keine Schwellung, Rötung oder Überwärmung. Es bestünden ein mässiger bis starker Druckschmerz über dem Sinus tarsi sowie ein geringer bis mässiger Druckschmerz über dem Ansatz der Achillessehne. Die Diagnosen seien die Folgenden:

Die Beurteilung lautete dahingehend, anlässlich der aktuellen Untersuchung klage die Beschwerdeführerin über immer stärker werdende Beschwerden von Seiten des rechten Fusses mit nunmehr zusätzlich auftretenden Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Aus Sicht der Beschwerdeführerin handle es sich bei allen Beschwerden um Unfallfolgen und nicht etwa um Folgen des doch deutlichen Übergewichts. In sämtlichen Abklärungen habe kein morphologisches Korrelat gefunden werden können, das die Beschwerdesymptomatik erklären könnte. Wahrscheinlich bestehe eine nicht unerhebliche psychiatrische Problematik, die nicht unerheblich am Schmerzgeschehen beteiligt sei. Gewisse Restbeschwerden bei schwerer körperlicher Belastung wären plausibel, nicht aber das geklagte Ausmass. Aufgrund der objektivierbaren Befunde sollte in bisheriger Tätigkeit grundsätzlich ab sofort wieder eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sein.

5.6 Im Austrittsbericht der E. ___ [...] vom 26. Oktober 2015 (Aufenthalt vom 29. September bis 21. Oktober 2015, IV-Nr. 28 S. 1 ff.) wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

A. Unfall vom 21. Juli 2013: Sturz auf der Treppe

B. Adipositas Grad II, aktuell BMI 34,9, während des Rehaaufenthaltes keine wesentliche Gewichtsreduktion durch selbstständige Low Carb-Ernährung

Zu den Problemen beim Austritt wurde angegeben, es seien eine erhebliche Symptomausweitung bei bestehender psychosomatischer Komponente, belastungsabhängige Schmerzen im Fuss rechts (auch in Ruhe), Bewegungseinschränkungen im Fuss rechts sowie ein Kraft- und Koordinationsdefizit der unteren Extremität rechts festzustellen. Die beobachtete Symptomausweitung sei teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte als bei den Leistungstests gezeigt worden sei. Infolge Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur zum Teil erklären. Die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin sei nicht zumutbar. Diese sei zu sehr verbunden mit häufigem Stehen und Gehen. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit könne

ganztags ausgeübt werden. Eine Tätigkeit müsste aktuell überwiegend sitzend sein, mit gelegentlichem Stehen und Gehen auf ebenem Untergrund, nicht auf Leitern und Gerüsten. Unter Berücksichtigung der psychischen Problematik könnten sich weitere, unfallfremde Einschränkungen ergeben.

5.7 Im Bericht des H.____, Orthopädie/Traumatologie, vom 11. Dezember 2015 (IV-Nr. 35.15) diagnostizierte Dr. med. G.____ zusätzlich zu den bisherigen Diagnosen eine schwere chronische Lumbago. Eine Infiltration vom 27. November 2015 habe für einen Tag eine völlige Schmerzfreiheit bewirkt. Danach seien die Schmerzen aber in gleicher Form wiedergekommen.

Am 11. Dezember 2015 wurde eine erneute Infiltration durchgeführt (Bericht vom 5. Januar 2016, IV-Nr. 35.13) und am 5. Januar 2016 eine BV-gesteuerte Infiltration am USG und Chopart-Gelenk rechts vorgenommen (IV-Nr. 35.11).

Am 10. Juni 2016 berichtete Dr. med. G.____ dann über eine erneute Fussverletzung, diesmal am linken Fuss (IV-Nr. 36 S. 5 ff.). Diagnostiziert wurden ein Status nach Rückfussdistorsion links 13. Februar 2015 (recte: 2016), weiter Schmerzen am lateralen Rückfuss rechts. Als Nebendiagnosen werden eine ausgedehnte retropatelläre Chondropathie, DD posttraumatischen Ursprungs im Rahmen der Distorsion vom 21. Juli 2013, und eine schwere chronische Lumbago, aufgeführt. Bezüglich der Behandlung am linken Fuss seien grosse Fortschritte erzielt worden. Die Patientin sei wieder in der Lage, ohne Gehstöcke zu laufen. Die Schmerzen erschienen deutlich regredient, auch wenn die Beschwerdeführerin weiterhin über unaushaltbare Schmerzen am linken Fuss berichte. Das MRI habe die üblichen Verletzungen im Rahmen einer Bänderläsion bei Rückfussdistorsion ergeben. Damit falle auch bei dieser Verletzung das offensichtlich sehr ausgeprägte Schmerzempfinden der Patientin wie auf der Gegenseite vor drei Jahren auf. Auf der linken Seite sei man mit der Fortsetzung der konservativen Therapie auf dem richtigen Weg. Bezüglich des rechten Fusses werde man um eine Rückfussarthrodese nicht herumkommen. Bezüglich des Rückens seien objektiv ebenfalls Fortschritte erzielt worden. Die Beschwerdeführerin berichte jedoch auch hier über weiterhin bestehende Schmerzen und der Angst vor einer erneuten Gefühllosigkeit mit möglicher Sturzfolge.

5.8 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Arztbericht vom 2. September 2016 (IV-Nr. 37) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Arbeitsunfähigkeit als Verkäuferin betrage seit dem 21. Juli 2013 andauernd 100 %.

5.9 Im Rahmen der durch die Unfallversicherung durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung vom 9. September 2016 (IV-Nr. 39.3) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Untersuchung nach wie vor über massive Schmerzen in beiden Füßen und im Rücken geklagt. Im MRI des linken Fusses vom 15. August 2016 zeige sich eine vollständig abgeheilte Cuboidfraktur mit residuell nur noch diskret verstärktem Enhancement im Lisfranc-Gelenk sowie ein vernarbtes Ligamentum fibulotalare anterius. Gewisse Restbeschwerden bei starker körperlicher Belastung wären plausibel, nicht jedoch das von der Beschwerdeführerin geklagte bzw. subjektiv empfundene Ausmass. Für die Intensität der Beschwerdesymptomatik finde sich kein morphologisches Korrelat. Aufgrund des MRI-Befundes vom 15. August 2016 liessen sich eine Einschränkung der Belastbarkeit des

linken Fusses und insbesondere die geklagten extremen Schmerzen, welche gleich seien wie rechts, nicht nachvollziehen. Auch rechtsseitig entsprächen die geklagten Beschwerden nicht dem objektivierbaren morphologischen Korrelat. Aufgrund der Schmerzchronifizierung und mittelschweren Depression erscheine das Ansinnen einer Triple-Arthrodesse am rechten Fuss kontraindiziert. Zudem seien die Testinfiltrationen diskrepant. In einer ausschliesslich gehenden / stehenden Tätigkeit bestehe aufgrund der Unfallfolgen des rechten Fusses eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit sollte ab sofort wieder eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sein mit folgenden Einschränkungen: kein durchgehendes Gehen und Stehen von mehr als 30 Minuten, kein repetitives Betätigen von Pedalen mit dem rechten Fuss, kein Besteigen von Leitern und / oder Gerüsten, keine kauenden und / oder knienden Tätigkeiten. Da die Beschwerden von Seiten des Rückens nicht unfallbedingt seien, würden diese bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt.

5.10

5.10.1 Die Beschwerdeführerin holte bei Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, ein rheumatologisches, und bei Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten ein (Gutachten vom 5. April und 2. Juni 2017; IV-Nrn. 45 und 46).

5.10.2 Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung berichtete die Beschwerdeführerin, nach der Operation am rechten Fuss sei es zu keiner eigentlichen Besserung gekommen. In der stationären Reha sei es ihr nur noch schlechter gegangen. Sie habe während des ganzen Aufenthalts nur gelegen oder sei in den Therapien gewesen, während andere Patienten ihren Spass im Restaurant und bei anderen Aktivitäten gehabt hätten. Die Suva habe sie aus der Nachsorge entlassen und ihre Leistungen eingestellt, obwohl sie weiterhin gleichbleibende Schmerzen gehabt habe. Aktuell habe sie Schmerzen im rechten Bein, als ob jemand einen dort steckenden Schraubenzieher umdrehe. Die Beschwerden seien dauerhaft vorhanden und nähmen beim Stehen oder Gehen zu. Hauptsächlich sei die Belastung beim Gehen eine «Katastrophe». Auf Nachfrage gebe die Beschwerdeführerin zudem Rückenschmerzen an, mit tief lumbaler Lokalisation am lumbosakralen Übergang bds. paravertebral ohne Ausstrahlung. Vor dem ersten Sturz habe sie nie Rückenschmerzen beklagt. Die Rückenbeschwerden könne sie durch Medikamenteneinnahme lindern, wie auch durch Liegen, nicht jedoch durch Bewegungen. Weitere Gelenkschmerzen lokalisiere die Beschwerdeführerin auf Nachfrage in den Bereichen des rechten Kniegelenks, wo seit dem Unfall 2013 zunehmende Schmerzen beständen. Zudem habe sie Schmerzen in beiden Handgelenken. Auf einer VAS von 0 bis 10 skaliere die Beschwerdeführerin den aktuellen Schmerzpegel relativ ruhig und gelassen wirkend ohne nachvollziehbaren Leidensdruck auf einen Wert von 8.

Der rheumatologische Gutachter erhebt folgende Befunde: Die Körperhaltung sei aufrecht, es beständen eine Hyperlordose lumbal bei prolabierendem Panniculus und eine akzentuierte BWS-Kyphose hochthorakal. Im Bereich der LWS bestehe habitusentsprechend eine freie Wirbelsäulenbeweglichkeit, teils mit muskulären Schmerzphänomenen und Facettensymptomen eher im BWS-Bereich. Auf Höhe der BWS zeigten sich habitusentsprechend freie Bewegungsauslässe, die Lateroflexion beidseits sei zu 1/3 eingeschränkt. Teils beständen kostovertebrale Beschwerden im Bereich des Gibbus-Scheitels. Im Bereich der HWS präsentierten sich freie und bis auf muskuläre

Dehnungsbeschwerden indolente Bewegungsausschläge beidseits. Myotendinotische Veränderungen fänden sich vornehmlich im Bereich des zervikothorakalen Übergangs in der haltungsbedingt überlasteten Muskulatur, zudem deutliche Beckenkammtendinosen beidseits. Es bestünden eine Klopfdolenz und ein Rüttelschmerz der Dornfortsätze vornehmlich hochthorakal. Im Bereich der Extremitäten bestünden diffuse Druckdolenz periartikulär an beiden Ellbogen, wie in den Weichteilen der Ober- und Unterarme. Die Kniegelenke seien beidseits ergussfrei, es bestünden ein Patellaschiebeschmerz rechts und eine Druckdolenz peripatellär lateral rechts. Im Bereich der Sprunggelenke bestünden rechts eine Druckdolenz und Klage über Dysästhesien im Narbenbereich infra-malleolär lateral. Endphasig bestehe ein Schmerz bei der Pro- und Supination des OSG rechts, links vornehmlich bei Pronation. Der Neurostatus präsentiere sich folgendermassen: Der Zehen- und Fersengang rechts werde als schmerzbedingt nicht durchführbar angegeben. Das Berührungsempfinden werde symmetrisch angegeben im Bereich der oberen wie der unteren Extremitäten beidseits. Ein Röntgen vom 1. März 2017 (eigene Aufnahme) zeige im Bereich der LWS allenfalls beginnende Chondrosen, im Bereich der mittleren BWS hypertrophe Spondylosen. Das Röntgen des OSG zeige keine höhergradigen degenerativen tiefen Veränderungen. Es zeige sich ein seitengleicher Normalbefund. Es werden folgende rheumatologischen Diagnosen gestellt:

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Status nach Supinationstrauma 07/2013 mit Processus anterior-calcanei-Fraktur sowie MR-diagnostisch multiplen Ödemzonen im Knochenmark des Rückfusses

Status nach Débridement CC-Gelenk und PRP-Infiltration Sinus tarsi rechts 03/2014

Status nach wiederholten Steroidinfiltrationen subtalar 11/2015 und 01/2016

Fehlstatik und muskulären Dysbalancen bei Trainingsmangel und Adipositas

Chondropathia patellae

Aktuell nicht vordergründig limitierend

DD posttraumatische Läsion / Überbelastung bei Adipositas

Aktuell subjektiv nicht im Vordergrund

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

5.10.3 Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. C. ___ habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie fühle sich psychisch gereizt und aggressiv, «kaputt». Sie sei so jung und müsse 24 Stunden am Tag liegen. Vor drei Jahren sei sie bei der Suva gewesen, dann sei sie auf einmal gesund gewesen und man unternehme bei ihr nichts mehr, ausser sie von Untersuchung zu Untersuchung zu schicken. Bisher sei ihr nicht geholfen worden. Ohne ihre Tochter wäre sie schon längst tot. Sie habe schon begonnen, Tabletten zu nehmen, doch die Gedanken an ihre Tochter hätten sie davon abgehalten. Die Schmerzen im rechten Fuss lägen bei 10 von 10 Punkten, auch die Rückenschmerzen seien beträchtlich. Seit ihrem 18. Lebensjahr habe sie jeden Tag Migräne und nehme deshalb so gut wie jeden Tag Schmerzmittel. Das Kopfwahl sei des Öfteren von Übelkeit begleitet. Sie sei auch lärm- und lichtempfindlich. Die Stimmung sei «eine Katastrophe». Einen Antrieb habe sie absolut nicht. An aussergewöhnlichen Wahrnehmungen vernehme sie undeutliche Stimmen vor der Tür, gehe dorthin, sehe aber niemanden. Freude bereite ihr im Leben schon seit Langem nichts mehr. Sie habe starke Ängste, könne aber nicht genau sagen

wovor. Mit dem Selbstwertgefühl sei es so, dass sie eigentlich ein zu guter Mensch sei. Sie sei immer für alle da gewesen, und jetzt sei keiner für sie da. Sie habe Kollegen gehabt, jetzt wolle sie aber keine sozialen Kontakte mehr, sie wolle auch ihre Schwester nicht mehr sehen. Bevorzugte Freizeitbeschäftigungen habe sie keine. Am besten würde sie gar nicht erzählen, welchen Tagesablauf sie habe, es sei eine Katastrophe. Sie beschäftige sich hauptsächlich mit Tablettennehmen und im Bett liegen. Morgens schicke sie die Tochter in den Kindergarten, lege sich dann wieder hin und mache die Augen zu. Über Mittag gebe sie dem jüngsten Kind etwas zu essen. Am Nachmittag spiele das Kind und sie schaue zu. Um 19:30 Uhr gehe sie zu Bett, schlafe aber erst gegen 23:00 Uhr ein und erwache in der Nacht mindestens dreimal. Sie sei nicht arbeitsfähig. Sie sei «zu ehrlich» und ein «hoffnungsloser Fall». Sie könne nicht angeben, wie ihre Mitmenschen sie erleben würden. Ressourcen und Stärken habe sie keine mehr.

Folgende Befunde wurden erhoben: Bei der Verhaltensbeobachtung falle auf, dass die Beschwerdeführerin während der zwei Stunden dauernden Untersuchung problemlos sitze. Ihr Verhalten imponiere erheblich demonstrativ, überzeichnet. Sie berichte teilweise monologisch, auf die Art eines Lamentos, mit dem Aspekt einer Hypermnese, wobei die Informationen durchgehend defizitorientiert und informationsarm ausfielen. Die Beschwerdeführerin zeige sich gut aufhellbar und lächle zwischendurch. Ermüdungserscheinungen kämen nicht zum Vorschein. Im psychopathologischen Befund zeige sich die Beschwerdeführerin formalgedanklich geordnet, kohärent, nicht verlangsamt, nicht eingengt. Kognitiv-mnestisch sei sie subjektiv defizitär. Die Merk- und Konzentrationsfähigkeit sei bei stark herabgesetzter Mitwirkung nicht detailliert prüfbar. Die Fähigkeit zu abstraktem Denken und die Auffassungsgabe wirkten herabgesetzt, die Mnestik intakt. Die Beschwerdeführerin gebe elementare akustische Sinnestäuschungen an, jedoch keinen Wahn. Die Beschwerdeführerin gebe auch Ängste an, wobei diese nicht näher explorierbar seien. Zwänge bestünden keine. Das Selbstwertgefühl werde als unbeeinträchtigt geschildert, angegeben würden indessen eine starke Antriebsbeeinträchtigung und eine Beeinträchtigung der Vitalgefühle. Die Beschwerdeführerin äussere sich über einen starken sozialen Rückzug. Sie habe passive Todeswünsche, eine akute Suizidalität bestehe aber nicht. Im Bereich der Persönlichkeit lasse das verminderte authentische Bild mit überzeichneter Beschwerdepräsentation und erheblicher Demonstrativität das Vorliegen von histrionischen Persönlichkeitszügen vermuten. Eine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung könne nicht gesichert werden. Der Gutachter erhob keine psychiatrische Diagnose.

5.11 Dr. med. D. ___ nahm am 8. Mai 2017 zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. ___ wie folgt Stellung (IV-Nr. 48 S. 2 f.): Dass bei der Beschwerdeführerin lediglich eine aggravierend vorgetragene Befindlichkeitsstörung vorliegen solle, sei vor dem Hintergrund der hochdosierten antidepressiven Medikation und der eher hochfrequenten supportiven Psychotherapie eine gewagte Konstruktion. Die Anamnese des psychiatrischen Gutachters sei oberflächlich und zu einem grossen Teil unzutreffend. Es sei unverständlich, warum der Gutachter ohne Fremdanamnese zur gewagten Feststellung gelange, dass die Beschwerdeführerin wegen nichts behandelt werde. Diese leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer Somatisierung bei Unfallverarbeitungsstörung und präorbider Strukturvulnerabilität zur neurotischen Symptombildung.

5.12 Zum eben genannten Schreiben nahm sodann der psychiatrische Gutachter am 7. August 2017 (IV-Nr. 52) Stellung: Die von der behandelnden Therapeutin aufgeführten

Diagnosen seien gestellt worden, ohne einen AMDP-konformen psychopathologischen Befund aufzuführen oder die ICD-10 Kriterien zu berücksichtigen. Die ICD-10 kenne eine Somatisierung bei Unfallverarbeitungsstörung als Diagnose nicht. Als lediglich annähernde Begründung der diagnostischen Ausführungen seien lebensbiographisch indirekte Anhaltspunkte für eine strukturdefizitäre Entwicklung bzw. störungsspezifische Psychodynamik im Sinne einer prämorbid Problematisierung angegeben worden. Der Stellungnahme fehle es an einer Auseinandersetzung mit den medizinischen und versicherungspsychiatrischen Inhalten des Gutachtens.

5.13 Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD; Dr. med. K.____, Facharzt Allgemeinde Medizin FMH) hielt in seiner Stellungnahme vom 29. August 2017 (IV-Nr. 54 S. 2 f.) fest, eine vorwiegend gehend-stehende Tätigkeit (wie früher bei F.____) sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte, sitzende Tätigkeit, mit der Möglichkeit aufzustehen, zur Entlastung der schmerzenden unteren Extremität sei ab 15. August 2016 zu 75 % zuzumuten. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Es bestünden wahrscheinlich funktionelle Einschränkungen im Haushaltbereich, diese sollten aber nicht erheblich sein und durch Fraktionierung der Arbeit ausgeglichen werden können.

5.14 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D.____ bestätigte in ihrem Bericht vom 14. November 2017 (IV-Nr. 60), dass sich die Beschwerdeführerin aktuell hochfrequent in intensiver ambulanter Behandlung in ihrer Praxis befinde. Die Zuweisung sei durch den psychiatrischen Konsiliardienst der E.____ zur psychiatrischen Behandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung im November 2015 erfolgt. Die Beschwerdeführerin leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung sowie Somatisierung bei Unfallverarbeitungsstörung und prämorbid Strukturvulnerabilität zur neurotischen Symptombildung. Es werde nachvollziehbar erklärt, dass eine Schmerzstörung zu verneinen und die Depression chronifiziert sei. Betreffend Chronifizierung der Beschwerden könnte über einen weiteren stationären Aufenthalt in einer Schmerzambulanz mit Anpassung der Medikation nachgedacht werden, wobei unklar sei, ob sich eine Zustandsverbesserung ergeben könnte. Aktuell müsste der ambulante Behandlungsrahmen angepasst werden aufgrund einer akuten psychischen Verschlechterung des Zustandsbildes.

5.15 Im nachgereichten Verlaufsbericht von Dr. med. D.____ vom 26. Juli 2018 (Beschwerdebeilage 4) wurde im Wesentlichen angegeben, klinisch-phänomenologisch und psychopathometrisch liessen sich im Rahmen der aktuellen Verlaufsbeurteilung und unter Würdigung der Aktenlage ■ auch vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse ■ kriterienlogisch folgende psychiatrische Diagnosen feststellen: «Rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung und intermittierenden präsuizidalen Phasen und konversionsneurotischen Symptomen ICD-10 33.2 mit komplettem Verlust von Tagesstruktur, Zustandsbild tendenziell progredient sich verschlechternd». Aktuell sei von einer Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin im F.____ aufgrund einer progredienten vorangeschrittenen Chronifizierung und innerpsychischen Verfestigung in Höhe von 80 % auszugehen. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aktuell «eher hochgradig eingeschränkt». Aufgrund einer Verschlechterung des chronifizierten Zustandsbildes sei eine stationäre Behandlung angemeldet worden.

E. 6

6.1 Zur Klärung des medizinischen Sachverhalts und Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit stellt die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.____ und Dr. med. C.____ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass beide Gutachten in Kenntnis der vorhandenen Aktenlage und nach Untersuchung der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Insofern erfüllen beide Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

6.2 Der rheumatologische Gutachter kommt inhaltlich zum nachvollziehbaren Schluss, dass sich bei der Beschwerdeführerin nach der erlittenen Fraktur des rechten Fusses im Jahr 2013 und anschliessender operativer Sanierung bereits früh im dokumentierten Heilungsverlauf Chronifizierungstendenzen sowie ein dysfunktionales Krankheitsverhalten gezeigt hätten. In diesem Zusammenhang verweist er auf die während der Rehabilitation in der E.____ [...] durchgeführten Belastungstests, die sich als nicht verwertbar erwiesen hätten, weshalb eine medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgt sei. Auch die aktuelle klinische Untersuchung und Beschwerdeschilderung ergebe ein vergleichbares Bild eines chronifizierten Schmerzsyndroms im Bereich des lateralen Rückfusses rechts nach Supinationstrauma und Fragmententfernung vom Processus anterior calcanei, in dessen Folge die berufliche Belastbarkeit für Tätigkeiten mit vorwiegend gehenden und stehenden Belastungen limitiert erscheine. Zudem zeige sich ein thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom, bezüglich dessen bei unauffälliger Bildgebung primär die Fehlstatik bei Trainingsmangel und deutlicher Adipositas als eine Dekompensation unterhaltende Faktoren identifiziert werden können. Der Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und dem festgestellten Trainingsmangel bei Adipositas erscheint schlüssig. Anhaltspunkte für eine Kompromittierung neuromeningealer Strukturen oder einen entzündlichen Rückenschmerz bestehen nach gutachterlicher Einschätzung nicht. Ein bereits vorgängig beschriebenes femoropatelläres Schmerzsyndrom rechts werde von der Beschwerdeführerin derzeit nicht in den Vordergrund gestellt. Eine aktivierte Arthrosesituation bestehe klinisch nicht, so dass von dieser Diagnose keine zusätzlich die Arbeitsfähigkeit limitierende Wirkung zu erwarten sei. Aufgrund des schleppenden Verlaufs und der eingetretenen Chronifizierung geht der rheumatologische Gutachter von einer Schmerzverarbeitungsstörung aus, die sowohl bezüglich der Implementierung der seitens des Bewegungsapparates sinnvoll erscheinenden Therapien als auch bezüglich Reintegrationsbemühungen als vordergründiges Reintegrationshindernis zu bezeichnen sei. Er erwähnt aber auch, dass eine solche Störung ausserhalb des rheumatologischen Fachgebiets zu beurteilen sei. Das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wird verneint.

Gestützt auf die erhobenen Diagnosen und die einleuchtende Beurteilung kommt der rheumatologische Gutachter bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zum Schluss, dass bezüglich der Diagnosen des chronischen Schmerzsyndroms am Rückfuss rechts und dem femoropatellären Schmerzsyndrom rechts auf die bereits vom Suva-Kreisarzt getroffene Einschätzung abgestellt werden könne. Dementsprechend sind vorwiegend gehend und stehend belastende Tätigkeiten wie vor dem Trauma nicht mehr zumutbar. Hingegen können leichte bis allenfalls gelegentlich mittelschwer belastende Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen ausgeübt werden. Rein sitzende Tätigkeiten erscheinen aus gutachterlicher Sicht aufgrund der dekompenzierten Statik, die sich im

Rahmen der Leidensgeschichte mit zunehmendem Bewegungsmangel und Dekonditionierung sowie wachsendem Körpergewicht etabliert hat, ungünstig. Schlüssig wird dargelegt, dass zwar eine Limitierung der Geh- und Stehfähigkeit besteht, dies bedingt durch die Unfallfolgen am rechten Bein, dass aber eine rein sitzende Tätigkeit bei den dann auftretenden Haltungsmonotonien wieder der Rückenschmerzsymptomatik Vorschub leisten würde. Daher sei auf eine hinreichende Möglichkeit zu Wechselpositionen zu achten. Eine Gewichtsreduktion dürfte durch eine deutliche Verbesserung der statischen Insuffizienzen helfen, die derzeit bestehenden Defizite zu überwinden. Aus rheumatologischer Sicht beurteilt der Gutachter infolgedessen die Beschwerdeführerin in leichten wechselpositionierten Tätigkeiten mit der Möglichkeit zur Entlastung der schmerzenden rechten unteren Extremität als zu mindestens 70 bis 80 % arbeitsfähig, wobei sich die Reduktion gegenüber einem vollschichtigen Pensum durch einen vermehrten Pausenbedarf für Wechselpositionen begründen lässt. Dieses Belastbarkeitsprofil sei retrospektiv spätestens ab dem 15. August 2016 vertretbar, mit Auslaufen der Arbeitsunfähigkeit, die in der orthopädischen Verlaufsuntersuchung vom 10. Juni 2016 noch wegen der Rückfusssdistorsion links attestiert worden sei.

6.3 Der psychiatrische Gutachter legt in seiner Beurteilung dar, dass die Schilderungen der Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung in erheblichem Masse defizitorientiert gewesen seien. In diesem Zusammenhang erwähnt er, dass über ihren Tagesablauf praktisch nichts in Erfahrung zu bringen gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe sich auf die Angabe beschränkt, den ganzen Tag im Liegen zu verbringen. Auch sei über ihre Lebenssituation trotz Nachfragen sehr wenig in Erfahrung zu bringen, womit sich die in den Vorberichten beschriebene Situation, dass die Beschwerdeführerin in ihren Angaben merklich defizitorientiert sei, unverändert fortgesetzt habe. Dieser Einschätzung ist zuzustimmen, lässt sich doch den von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben tatsächlich wenig entnehmen, da sich diese im Wesentlichen auf den Hinweis beschränken, sie könne aufgrund ihrer Schmerzen nahezu gar nichts machen. Hinsichtlich psychischer Defizite weist der Gutachter darauf hin, dass diverse starke Beschwerden beklagt worden seien, welche allerdings im beobachtbaren Teil des psychopathologischen Befundes nur minimal oder gar keine Entsprechung gefunden hätten. Auch diese Beurteilung ist schlüssig. Weiter hält der Gutachter auf nachvollziehbare Weise fest, dass die Beschwerdeführerin expressiv und übermässig demonstrativ aufgetreten sei, was jedoch durch keine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung zu erklären sei und sich am ehesten als Aspekt des sog. Abnormal-Illness-Behaviour dargestellt habe, dies mit einer übermässigen Identifizierung mit der Krankenrolle als Hauptmerkmal. Im Einklang damit stehe, dass die Beschwerdeführerin von keiner sicher identifizierbaren Wirkung der hochdosierten Psychopharmaka gesprochen habe. So ist die Vermutung, dass ein Grossteil ihrer Beschwerden auf einen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz zurückzuführen ist, nicht von der Hand zu weisen. Der Gutachter kann schliesslich keine Diagnose auf dem psychiatrischen Fachgebiet formulieren. Vielmehr kommt er zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung kein authentisches Bild angeboten habe. Beschrieben werde lediglich eine am Rande vorgetragene Suizidalität, die ärztlicherseits kein Handeln erforderlich gemacht habe und von der Beschwerdeführerin gemäss Beschreibung am ehesten mit der gleichen Funktionalität wie in der aktuellen Untersuchung, nämlich zwecks Kommunikation der subjektiven Belastung durch die Schmerzbeschwerden, eingesetzt worden sei. Da keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, sondern aus gutachterlicher Sicht eine Aggravation vorliegt, verzichtet der

Gutachter folgerichtig auf die Diskussion der vom Bundesgericht in BGE 141 V 281 aufgestellten Indikatoren. Die Kriterien für das Vorliegen einer Aggravation werden indessen eingehend geprüft und schlüssig beurteilt: So bestehe zwischen den massiven subjektiven Beschwerdeschilderungen und dem Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation eine auffällige Diskrepanz. Die Beschwerdeführerin habe in der Untersuchung nämlich keine ihrer Beschwerden entsprechenden Defizite gezeigt. Auch im rheumatologischen Gutachten wird in diesem Zusammenhang festgehalten, dass die Beschwerdeführerin den Schmerzpegel auf einer Schmerzskala von 0 bis 10 zwar auf 8 festlege, dies jedoch relativ ruhig und gelassen wirkend und ohne jeglichen erkennbaren Leidensdruck. Auch das Kriterium, dass die subjektiv geschilderte Intensität der Beschwerden in einem Missverhältnis zur Vagheit der Schilderung der einzelnen Symptome stehe, wird als erfüllt erachtet. Die Beschwerden würden pauschal und nicht präzisierbar geschildert. Auch seien die Angaben zum Krankheitsverlauf nicht präzisierbar erheblich defizitorientiert. Des Weiteren bleibe die Intensität der wahrgenommenen psychiatrischen Hilfe trotz unverändert starken Beschwerden seit dem Zeitpunkt der Therapieaufnahme vor einem Jahr gleich. Damit sei auch das Kriterium erfüllt, dass das Ausmass der geschilderten Beschwerden nicht in Übereinstimmung mit einer entsprechenden Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe stehe. Auch dem ist zuzustimmen. Die Beschwerdeführerin mache weiter keine reliablen Angaben über die Alltagsgestaltung bei stark eingeschränkter Mitwirkung in der Untersuchung. Dadurch sei das Kriterium, dass ungeachtet der Angabe der schweren subjektiven Beeinträchtigungen das psychosoziale Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung weitgehend intakt sei, nicht überprüfbar. Schliesslich wird das Vorbringen der Klagen als appellativ, demonstrativ oder theatralisch erachtet, weshalb in der Gegenübertragungssituation die Empfindung des Unechten, Falschen, gelegentlich auch das Gefühl des Zornes oder des Gekränktseins entstehe. Auch dies ist nachvollziehbar. Eine verlässliche fremdanamnestiche Information liegt gemäss Gutachter schliesslich nicht vor. Eine Diskussion allfälliger abweichender Stellungnahmen sei nicht zu führen, da keine psychiatrischen Berichte vorhanden seien. Auch diese Aussage ist nicht unzutreffend: Zwar liegen Berichte der behandelnden Psychotherapeutin Dr. med. D. ___ vor, die im Gegensatz zur gutachterlichen Einschätzung psychiatrische Diagnosen stellt, unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, wobei sich diese Diagnostik jedoch ausschliesslich auf die anamnestiche Angaben der Beschwerdeführerin abstützt, ohne wirkliche Darlegung objektiver klinischer Befunde. Hier ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

In der Konsequenz kommt der psychiatrische Gutachter zum Schluss, dass aus rein psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin als auch in sämtlichen für sie in Frage kommenden Tätigkeiten unbeeinträchtigt ist.

6.4 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten als beweiskräftig zu erachten. Zu prüfen bleibt, ob die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachten Einwendungen etwas an dieser Einschätzung zu ändern vermögen:

Die Beschwerdeführerin lässt in Bezug auf das psychiatrische Gutachten einwenden, der Vorwurf der Aggravation werde zu Unrecht erhoben und es würden hinreichende Befunde

für eine mittelgradige depressive Störung rapportiert. Zur Diagnostizierung einer solchen reicht es indessen nicht aus, auf die eigenanamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin abzustellen, sondern die Befunde müssen in der klinischen Untersuchung objektivierbar sein, was gerade nicht der Fall ist. Die Prüfung des Vorliegens einer Aggravation wurde vom Gutachter umfassend durchgeführt und sie hat sich als nachvollziehbar erwiesen, es kann auf die entsprechenden obigen Erwägungen in Ziff. 6.3 verwiesen werden. Inwiefern es sich bei der Kriterienprüfung um eine subjektive Wertung handeln sollte, wird nicht konkret dargetan und ist auch nicht ersichtlich. Nachdem keine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann, hat konsequenterweise auch keine Auseinandersetzung mit Kriterien für das Vorliegen einer Diagnose nach ICD-10 zu erfolgen. Ebenso erübrigt sich eine Indikatorenprüfung, die den Aspekt der Persönlichkeit beinhalten würde. Nichtsdestotrotz wird das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung explizit verneint. Des Weiteren wird vorgebracht, es finde keine Auseinandersetzung mit abweichenden medizinischen Berichten statt. Was die Berichterstattung der behandelnden Psychiaterin anbelangt, so kann ebenfalls auf die obigen Ausführungen (Ziff. 6.3) verwiesen werden. Der psychiatrische Gutachter setzt sich damit auseinander, indem er erwähnt, dass keine verlässliche fremdanamnestische Information vorliege. Weitere psychischen Störungen sind in den Akten tatsächlich nicht dokumentiert. Zwar wird im Austrittsbericht der E.____ [...] ausgeführt, dass das Vorliegen einer solchen vertiefter zu prüfen wäre, eine psychiatrische Diagnose wird aber auch dort nicht gestellt. Auch die pauschal hervorgebrachte Behauptung, Dr. med. C.____ attestiere im Allgemeinen nie psychische Störungen, vermag im konkreten Fall keine hinreichenden Zweifel an der Beweiskraft seiner Beurteilung zu erwecken. Schliesslich wird geltend gemacht, dass sich der psychiatrische und rheumatologische Gutachter zueinander in Widerspruch setzten, indem Dr. med. B.____ festhalte, dass eine bewusstseinsnahe Aggravation nicht erkennbar sei, während Dr. med. C.____ eine Aggravation bejahe. Der vermeintliche Widerspruch wird in der bidisziplinären Beurteilung jedoch aufgelöst, indem festgehalten wird, dass die aus somatischer Sicht vermutete Schmerzverarbeitungsstörung sich aus psychiatrischer Sicht eben nicht durch eine entsprechende Diagnose nach ICD-10 erklären lasse. Die beiden Gutachter kommen in der Konsensbeurteilung gemeinsam zum Schluss, dass eine subjektive Invaliditätsüberzeugung ohne rentenbegründenden Krankheitswert vorliege. Schliesslich ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin sehr oberflächlich und nicht entsprechend den Leitlinien der Gesellschaft für Psychiatrie befragt worden sein soll. Eine Oberflächlichkeit der Befundlage ergibt sich vielmehr aus den vagen und ausschliesslich defizitorientierten Angaben der Beschwerdeführerin.

Was das rheumatologische Gutachten von Dr. med. B.____ anbelangt, so wird vorgebracht, die somatischen Leiden würden in ihrer Schwere und Ausprägung nicht adäquat erfasst. Die Rüge ist unbegründet; die Beschwerden werden vom Gutachter nach eingehender Untersuchung objektiv anders beurteilt als sie die Beschwerdeführerin subjektiv empfindet. Sowohl die Beschwerden am rechten Fuss als auch die Rückenproblematik sind dabei von ihm berücksichtigt worden. Was den linken Fuss anbelangt, ist angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin beim Sturz im Februar 2016 eine eher geringfügige Verletzung (Rückfussdistorsion) erlitten hatte, die im Anschluss offensichtlich gut verheilte (ein MRI zeigte die üblichen Verletzungen im Rahmen einer Bänderläsion bei Rückfussdistorsion; vgl. Bericht von Dr. med. G.____ vom 10. Juni 2016 [IV-Nr. 36 S. 5 ff.]), nicht zu beanstanden, dass dem keine Relevanz beigemessen wurde. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin selber im Rahmen der rheumatologischen

Begutachtung Beschwerden am linken Fuss spontan nicht mehr erwähnte (IV-Nr. 45 S. 15). Wenn dargelegt wird, im Haushaltsbericht werde entgegen der Darstellung des Gutachters die Problematik am rechten Knie als limitierend erachtet, so handelt es sich hier auch um eine andere subjektive Betrachtung der Beschwerdeführerin selbst. Auch die nach Angaben der Beschwerdeführerin seit Jahren bestehende Migräne wurde im Gutachten berücksichtigt. Zudem scheint diese vor dem Unfallereignis 2013 offensichtlich nie ein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Problem dargestellt zu haben. Was den Einwand anbelangt, dass kein neues MRI erstellt worden sei, so ist zu sagen, dass es im Ermessen der begutachtenden Person liegt, welche Untersuchungen vorgenommen bzw. welche Untersuchungsmethoden angewendet werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen).

6.5 Schliesslich ist noch zu prüfen, ob der nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellte Bericht von Dr. med. D.____ vom 26. Juli 2018 (Beilage 4 zur Beschwerde vom 6. März 2018) etwas an der Sachlage zu ändern vermag. Dies ist nicht der Fall. Der Bericht enthält keine neuen Befunde oder Diagnosen, die nicht schon zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung oder der Begutachtung von Seiten der behandelnden Ärztin thematisiert worden wären (vgl. E. II. 5.15 hiervor). Damit ist zusammenfassend das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.____ und Dr. med. C.____ als beweiswertig zu erachten und auf die darin getroffene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzustellen. Demgemäss sind vorwiegend gehend und stehend belastende Tätigkeiten wie die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin bei der F.____ AG nicht mehr zumutbar. Für leichte bis allenfalls gelegentlich mittelschwer belastende Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen besteht jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 70 bis 80 %. Dieses Belastbarkeitsprofil gilt spätestens ab dem 15. August 2016, mit Auslaufen der Arbeitsunfähigkeit, die in der orthopädischen Verlaufsuntersuchung vom 10. Juni 2016 noch wegen der Rückfussdistorsion links attestiert wurde. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin entspricht auch der Beurteilung des RAD-Arztes in seiner Stellungnahme vom 29. August 2017 (vgl. E. II. 5.13 hiervor).

7. Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens in einem Teilpensum bei der F.____ AG angestellt. Die Beschwerdegegnerin hat demnach für die Berechnung des Invaliditätsgrades die sogenannte gemischte Methode angewendet.

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt (sogenannte gemischte Methode). Bei der Invaliditätsbemessung von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt; vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) bestimmt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396). Gemäss dem IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) Nr. 355 vom 31. Oktober 2016 (Anwendung der gemischten Methode nach dem Urteil des EGMR «Di Trizio» vom 2. Februar 2016) ist bis zum Inkrafttreten einer neuen, generell-abstrakten Regelung im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten das bisherige Recht soweit als möglich

weiterhin zur Anwendung zu bringen. Dementsprechend ist beispielsweise bei einer erstmaligen Rentenzusprache bei einer Person, die bereits vor der Rentenprüfung einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen ist, das bisherige Recht und das bisherige Berechnungsmodell der gemischten Methode anzuwenden. Nach der nunmehr am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Bestimmung von Art. 27bisAbs. 3 IVV richtet sich die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Artikel 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 und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird.

E. 8

8.1 Zu prüfen ist die Statusfrage bzw. die Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens ausserhäuslich tätig wäre. Diese ■ stets hypothetische ■ Annahme ist anhand des im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Es ist somit auf Grund objektiver Umstände zu beurteilen, wie die betreffende versicherte Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Einschränkungen entschieden hätte. Dieser subjektive Entschluss muss nicht zwingend auch der objektiv vernünftigste Entscheid sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 6.2.1, in: SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131; Urteil des Bundesgerichts 8C_889/2011 vom 30. März 2012 E. 3.2.1). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15E. 3.1 S. 20,137 V 334E. 3.2 S. 338,125 V 146E. 2c S. 150; Urteil des Bundesgerichts 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1). Die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person sind nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195 mit Hinweis).

8.2 Für den konkreten Fall lässt sich dem Arbeitgeberbericht der F.____ AG vom 12. Dezember 2014 (IV-Nr. 24) entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Januar 2012 als Filialmitarbeiterin mit einem Pensum von 20 % angestellt war. Der Monatslohn betrug CHF 914.00, der Jahreslohn CHF 11'882.00. Aus der Aufstellung des beitragspflichtigen Einkommens für die Jahre 2012, 2013 und 2014 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin im ersten Anstellungsjahr einen Jahreslohn von CHF 11'088.40 (zuzüglich 13. Monatslohn) erzielte, somit etwas unter dem 20 %-Pensum lag. Im Jahr 2013 wurde ihr (inkl. 13. Monatslohn) ein Jahreseinkommen von CHF 13'383.90 ausbezahlt, was einem Pensum von rund 23 % entspricht. Hier ist zu berücksichtigen, dass sie ab dem 21. Juli 2013 krankgeschrieben war und im Anschluss ein Krankentaggeld bezog. Im Jahr 2014 wurden ausschliesslich Krankentaggelder ausbezahlt. Im Intake-Gespräch vom 5. August 2014 (IV-Nr. 11) hatte die Beschwerdeführerin ausgeführt, sie habe seit der

Geburt der jüngsten Tochter (am 25. November 2011) in einem Pensum von 20 ■ 40 % gearbeitet. Die Einsätze vor dem Unfall hätten sich auf 40 % belaufen. Sobald das jüngste Kind zur Schule gehe, möchte sie mindestens 40 % arbeiten. Ihr Mann habe einen guten Lohn, somit gehe es finanziell ganz gut. Gegenüber dem rheumatologischen Gutachter erwähnte die Beschwerdeführerin, sie habe fest in einem Pensum von 20 % gearbeitet, eigentlich habe sie aber ein deutlich höheres, teils bis zu 80%iges Pensum erreicht (IV-Nr. 45 S. 16). Im psychiatrischen Gutachten wurde sodann festgehalten, die Beschwerdeführerin habe geäußert, in einem Pensum von 40 % bei F.____ tätig gewesen zu sein. Faktisch habe sie aber zu 100 % gearbeitet, weil sie bezahlte Überstunden geleistet habe (IV-Nr. 46 S. 5). Die im Rahmen der Begutachtung gemachten Äusserungen über ein faktisches Pensum von 80 bis sogar 100 % sind durch die Aufstellung des Einkommens im Arbeitgeberbericht widerlegt. Die Beschwerdeführerin hat in der gesamten Zeit ihrer Anstellung seit Januar 2012 in keinem Monat mehr als 36 % gearbeitet. Den höchsten Monatslohn erzielte sie im März 2012 mit CHF 1'636.00. Im Abklärungsbericht Haushalt vom 20. September 2017 (IV-Nr. 55) ist angeführt, dass die Beschwerdeführerin ihre Angaben anlässlich des Intake-Gesprächs vom 5. August 2014 bestätigt habe: Sie hätte ihr Pensum auf 40 % erhöht, wenn die jüngste Tochter zur Schule gehen würde. Das jüngste Kind komme im August 2018 in die Schule. Dann hätte sie vermutlich ihr Pensum erhöht. Die Abklärungsperson kam gestützt auf diese Angaben zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der vorhandenen Akten und des Abklärungsgesprächs vor Ort mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne gesundheitliche Einschränkungen in einem ausserhäuslichen Pensum von 20 % arbeiten würde und zu 80 % im Haushalt tätig wäre (IV-Nr. 55 S. 4).

Die Beschwerdeführerin lässt nun im Rahmen der Beschwerde einwenden, dass die von ihr im Intake-Gespräch und im Rahmen der Abklärungen protokollierten, angeblich gemachten Aussagen bestritten würden. Sie habe schon vor dem Unfall inklusive Überstunden zu mindestens 40 % gearbeitet. Sobald die Tochter das Kindergartenalter erreicht hätte, hätte sie auf 50 % erhöht. Sowohl das Intake-Protokoll als auch der Abklärungsbericht Haushalt seien von ihr nicht gegengelesen oder unterzeichnet worden. Es wird beschwerdeweise erstmals geltend gemacht, dass das Pensum auf mindestens 50 % erhöht worden wäre, wenn ihre Tochter ins Kindergartenalter gekommen wäre. Der Aufstellung der Löhne im Arbeitgeberbericht kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall nicht wie angegeben inklusive Überstunden jeweils mindestens zu 40 % gearbeitet hat. Allen vorhandenen Aktenstücken lässt sich indessen entnehmen, dass eine Erhöhung auf 40 % mit Schuleintritt der jüngsten Tochter zur Debatte gestanden hätte. Dass das Intake-Protokoll und der Abklärungsbericht Haushalt von der Beschwerdeführerin nicht unterzeichnet wurden, schmälert die Beweiskraft dieser Dokumente nicht. Es handelt sich dabei nicht um Einvernahmeprotokolle, die zu ihrer Gültigkeit der Unterschrift der befragten Person bedürfen. Darüber hinaus zeigt der IK-Auszug (IV-Nr. 41), dass die Beschwerdeführerin auch vor der Geburt des jüngsten Kindes nicht über ein Einkommen von mehr als CHF 20'454.00 hinauskam (CHF 10'382.00 im Jahr 2010, CHF 20'454.00 im Jahr 2009, CHF 15'955 im Jahr 2008; IV-Nr. 41 S. 5). Unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung im Februar 2018 in einem Pensum von 20 % erwerbstätig und zu 80 % im Haushalt tätig gewesen wäre. Die Beschwerdegegnerin hat den Status insofern korrekt ermittelt. Mit dem erwähnten Schuleintritt der jüngsten Tochter im August 2018 wäre allenfalls von einer

ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin im Ausmass von 40 % auszugehen, was eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse und damit ein Revisionsgrund darstellen könnte. Dies wird die Beschwerdegegnerin abzuklären haben.

9. Die Beschwerdegegnerin stellte zur Beurteilung der invaliditätsbedingten Einschränkungen im Haushalt auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 20. September 2017 (Abklärung vom 14. September 2017) ab (IV-Nr. 55). Es stellt sich damit zunächst die Frage, ob dieser eine genügende Grundlage darstellt.

9.1 Für den Beweiswert eines solchen Abklärungsberichts ist wesentlich, dass dieser von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (SVR 2003 IV Nr. 20 S. 60 E. 2.3.2). Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468, 130 V 61 E. 6.2 S. 63, 128 V 93; Urteile des Bundesgerichts 9C_497/2014 vom 2. April 2015 E. 4.1.1, 9C_562/2016 vom 13. Januar 2017 E. 4.1).

Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizugs eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1). Prinzipiell stellt der Abklärungsbericht auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht. Nur wenn sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, widersprechen, ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen der Vorzug zu geben (Urteil des Bundesgerichts 8C_843/2011 vom 29. Mai 2012 E. 6.2).

9.2 Im vorliegenden Fall wurde der «Abklärungsbericht Haushalt» von einer Abklärungsfachfrau des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin erstellt. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich dabei um eine nicht qualifizierte Person handeln würde. Es ist gestützt auf den Inhalt des Berichts auch davon auszugehen, dass der Abklärungsfachfrau sowohl die örtlichen und räumlichen Verhältnisse als auch die

medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen bekannt waren. Insbesondere das zum Zeitpunkt der Abklärung vorhandene, beweiskräftige bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.____ und Dr. med. C.____ wird erwähnt. Zudem werden im Bericht auch die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zur aktuellen gesundheitlichen Situation und ihren Aufgaben im Haushalt wiedergegeben. Die Feststellungen der Abklärungsfachfrau erscheinen zudem plausibel und schlüssig. Vor allem gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin selbst kommt jene zum Schluss, dass im Bereich der Haushaltsführung keine Einschränkung bestehe, da die Beschwerdeführerin die Planung und Organisation des Haushaltes selbständig vornehme. Administrative Aufgaben habe schon immer der Ehemann erledigt. Im Bereich der Ernährung wird eine Einschränkung von 20 % bzw. eine Behinderung von 8 % zugebilligt. Am Mittag kämen zwei Kinder zum Essen nach Hause und je nach Schicht auch der Ehemann. Dieser habe als Koch gearbeitet und koche an den Wochenenden oder ■ wenn er am Nachmittag Schicht habe - oft etwas vor, was die Familie aufwärmen könne. Die Beschwerdeführerin koche einfache, schnelle Gerichte oder bereite eine Fertigmahlzeit zu. Die Geschirrspülmaschine könne sie selber befüllen, das Ausräumen sei Aufgabe des Sohnes. Wenn es ihr gesundheitlich einigermaßen gut gehe, reinige sie nach dem Kochen die Küchenabdeckung und den Herd. Den Familienangehörigen sei es unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht zumutbar, die Beschwerdeführerin beim Kochen zu unterstützen. Im Bereich der Wohnungspflege wird ebenfalls von einer Einschränkung von 20 % bzw. einer Behinderung von 2 % ausgegangen. Die Beschwerdeführerin könne selber die Böden mit einem Swiffer grob reinigen, abstauben oder das Lavabo und den Spiegel im Badezimmer putzen. Die gründliche Reinigung des Badezimmers führe meistens die älteste Tochter aus. Diese nehme auch die Böden feucht auf. Der Ehemann reinige die Fenster und sei für die Garage zuständig. Den Familienangehörigen sei es auch hier unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht zumutbar, die Beschwerdeführerin im Bereich der Reinigungsarbeiten zu unterstützen. Im Bereich Einkauf und weitere Besorgungen wird keine Einschränkung gesehen, da der Grosseinkauf in der Regel durch den Ehemann in Deutschland vorgenommen werde. Die Beschwerdeführerin verfüge über keinen Führerausweis. Wenn es sein müsse, fahre sie eine Nachbarin in das naheliegende Geschäft. Auch hier wird zu Recht festgehalten, dass es den Familienangehörigen unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht zumutbar sei, die Beschwerdeführerin beim Einkaufen zu unterstützen. Sodann wird im Bereich Wäsche und Kleiderpflege ebenfalls keine Einschränkung festgelegt. Die Beschwerdeführerin hat zwar angegeben, sie müsse sich langsam über die Treppe in den Keller begeben, sie erledigt aber die Wäsche selber. Dass ihr nach Ansicht der Abklärungsfachfrau zugemutet werden kann, im Sitzen zu bügeln, ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Gemäss Tätigkeitsprofil sind denn auch wechselbelastende Positionen für die Beschwerdeführerin ideal. Schliesslich erachtet sich die Beschwerdeführerin selber bei der Betreuung von Kindern oder Familienangehörigen als nicht eingeschränkt. Unter «Verschiedenes» wird zu guter Letzt eine Einschränkung von 20 % bzw. eine Behinderung von 1 % zuerkannt, da die früher gemeinsam ausgeführten Gartenarbeiten nunmehr nur noch durch den Ehemann erledigt werden können. Insgesamt resultiert im Haushalt eine Einschränkung von 11 %, wobei nicht ersichtlich ist, inwiefern diese Gewichtung willkürlich sein sollte. Der Umfang der Einschränkungen entspricht dem gutachterlich festgelegten zumutbaren Tätigkeitsprofil für eine leichte bis mittelschwere Erwerbstätigkeit. Auf die im Abklärungsbericht festgelegte Einschränkung von 11 % im

Haushalt kann daher abgestellt werden. Dem von der Beschwerdeführerin eingebrachten Einwand, dass ein Abklärungsbericht Haushalt allein beim Vorliegen von psychischen Störungen nicht beweiskräftig sein könne, ist entgegenzuhalten, dass im vorliegenden Fall keine psychische Störung mit Krankheitswert vorliegt.

10. Was die für die Berechnung des Invaliditätsgrades herangezogenen Zahlen anbelangt, so sind diese im Grundsatz unbestritten geblieben. Die Beschwerdeführerin lässt in Bezug auf den Einkommensvergleich aber vorbringen, dass Art. 27bisAbs. 3 IVV, der am 1. Januar 2018 in Kraft trat, schon für die Zeit davor hätte angewendet werden müssen. Des Weiteren wird geltend gemacht, es wäre beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von mindestens 20 % vorzunehmen.

Wie in Ziff. 7.1 dargelegt, ist Art. 27bisAbs. 3 IVV nicht rückwirkend anzuwenden. Gestützt auf das IV-Rundschreiben Nr. 355 vom 31. Oktober 2016 ist das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung zu bringen. Das Bundesgericht hat diese Vorgehensweise in Fällen wie dem hier vorliegenden gestützt (BGE 143 I 50; Urteil 9C_525/2016 vom 15. März 2017). Die Beschwerdeführerin ist bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen, weshalb hier nicht die gleiche Konstellation vorliegt wie im vom EGMR beurteilten Fall «Di Trizio». Insofern ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die neue Verordnungsbestimmung erst ab dem 1. Januar 2018 zur Anwendung gebracht hat. Somit wurden korrekterweise drei Einkommensvergleiche vorgenommen: Dies zunächst für die Zeit vom 21. Juli 2014 (Ablauf des Wartejahrs) bis zum 14. August 2016, in welcher keine Arbeitsfähigkeit bestanden hatte (vgl. hierzu auch Stellungnahme des RAD vom 29. August 2017, IV-Nr. 54). Zur Bemessung des Valideneinkommens wurde das von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielte Einkommen bei der F.____ AG herangezogen. Dieses belief sich auf CHF 11'882.00 (vgl. Arbeitgeberbericht vom 12. Dezember 2014 (IV-Nr. 24)). Das Invalideneinkommen betrug in dieser Zeit aufgrund der Arbeitsunfähigkeit CHF 0.00. Somit bestand im ausserhäuslichen Bereich (20 %) eine Einschränkung von 100 %, was einen Invaliditätsgrad von 20 % ergibt. Im Haushalt, der einen Anteil von 80 % ausmacht, bestand eine Einschränkung von 11 %, was einen Invaliditätsgrad von 8.8 % ergibt. Insgesamt ist in dieser Zeit ein Invaliditätsgrad von 28.8 % gegeben, was keinen Rentenanspruch auslöst.

Einen zweiten Einkommensvergleich nahm die Beschwerdegegnerin sodann für die Zeit ab dem 15. August 2016 (Arbeitsfähigkeit von 75 % gemäss rheumatologischem Gutachten von Dr. med. B.____ vom 2. Juni 2017; IV-Nr. 45 S. 22 f. und 25) bis zum 31. Dezember 2017 vor. Für das Valideneinkommen wurde wiederum der zuletzt erzielte Verdienst herangezogen und korrekterweise die Teuerung aufgerechnet. Das Valideneinkommen beträgt damit für diese Zeit CHF 12'019.00. Da die Beschwerdeführerin keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, wurde für die Bemessung des Invalideneinkommens auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der herangezogene Tabellenlohn (tirage_skill_level, Total, Niveau 1, Frauen) erweist sich im Hinblick auf das zumutbare Tätigkeitsprofil als korrekt. Zusätzlich wurden die Wochenstunden sowie die Teuerung aufgerechnet. Das Invalideneinkommen beträgt damit CHF 10'873.00. Es resultiert eine Einschränkung von 9.5 %, was bei einem ausserhäuslichen Anteil von 20 % einen Invaliditätsgrad von 1.9 % ergibt. Zuzüglich des Invaliditätsgrads von 8.8 % im Haushalt ergibt sich ein (Gesamt-)Invaliditätsgrad von 10.7 % und damit ebenfalls kein Rentenanspruch.

Schliesslich wurde für die Zeit ab Januar 2018 noch einmal ein Einkommensvergleich vorgenommen und die ab diesem Zeitpunkt in Kraft getretene Verordnungsbestimmung angewendet. Als Valideneinkommen wurde wiederum der zuletzt erzielte Lohn bei der F. ___ AG herangezogen, wobei dieser auf ein 100 %-Pensum aufgerechnet und die Teuerung zusätzlich berücksichtigt wurde. Dieses Vorgehen ist korrekt und ergibt ein Valideneinkommen von CHF 60'095.00. Das Invalideneinkommen beträgt, wie weiter oben für die Zeit vom 15. August 2016 bis 31. Dezember 2017 dargelegt, nach wie vor CHF 10'873.00. Somit ergibt sich eine Einschränkung von 81.9 %, was bei einem Anteil von 20 % zu einem Invaliditätsgrad von 16.38 % führt. Zuzüglich des Invaliditätsgrads von

E. 8.8

% im Bereich Haushalt ergibt sich ein (Gesamt-)Invaliditätsgrad von 25.18 % und damit wiederum kein Rentenanspruch.

Die Frage, ob der Beschwerdeführerin ein leidensbedingter Abzug zu gewähren wäre, kann vorliegend offen gelassen werden, denn selbst unter Berücksichtigung eines maximal möglichen Abzugs von 25 % beim Invalideneinkommen würde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren.

11. Zusammengefasst ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 7. Februar 2018 nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 10

Was die für die Berechnung des Invaliditätsgrades herangezogenen Zahlen anbelangt, so sind diese im Grundsatz unbestritten geblieben. Die Beschwerdeführerin lässt in Bezug auf den Einkommensvergleich aber vorbringen, dass Art. 27 bis Abs. 3 IVV, der am 1. Januar 2018 in Kraft trat, schon für die Zeit davor hätte angewendet werden müssen. Des Weiteren wird geltend gemacht, es wäre beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von mindestens 20 % vorzunehmen. Wie in Ziff. 7.1 dargelegt, ist Art. 27 bis Abs. 3 IVV nicht rückwirkend anzuwenden. Gestützt auf das IV-Rundschreiben Nr. 355 vom 31. Oktober 2016 ist das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung zu bringen. Das Bundesgericht hat diese Vorgehensweise in Fällen wie dem hier vorliegenden gestützt (BGE 143 I 50; Urteil 9C_525/2016 vom 15. März 2017). Die Beschwerdeführerin ist bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen, weshalb hier nicht die gleiche Konstellation vorliegt wie im vom EGMR beurteilten Fall «Di Trizio». Insofern ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die neue Verordnungsbestimmung erst ab dem 1. Januar 2018 zur Anwendung gebracht hat. Somit wurden korrekterweise drei Einkommensvergleiche vorgenommen: Dies zunächst für die Zeit vom 21. Juli 2014 (Ablauf des Wartejahrs) bis zum 14. August 2016, in welcher keine Arbeitsfähigkeit bestanden hatte (vgl. hierzu auch Stellungnahme des RAD vom 29. August 2017, IV-Nr. 54). Zur Bemessung des Valideneinkommens wurde das von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielte Einkommen bei der F. ___ AG herangezogen. Dieses belief sich auf CHF 11'882.00 (vgl. Arbeitgeberbericht vom 12. Dezember 2014 (IV-Nr. 24). Das Invalideneinkommen betrug in dieser Zeit aufgrund der Arbeitsunfähigkeit CHF 0.00. Somit bestand im ausserhäuslichen Bereich (20 %) eine Einschränkung von 100 %, was einen Invaliditätsgrad von 20 % ergibt. Im Haushalt, der einen Anteil von 80 % ausmacht, bestand eine Einschränkung von 11 %, was einen Invaliditätsgrad von 8.8 % ergibt. Insgesamt ist in dieser Zeit ein Invaliditätsgrad von 28.8 % gegeben, was keinen Rentenanspruch auslöst. Einen zweiten Einkommensvergleich nahm die

Beschwerdegegnerin sodann für die Zeit ab dem 15. August 2016 (Arbeitsfähigkeit von 75 % gemäss rheumatologischem Gutachten von Dr. med. B. ___ vom 2. Juni 2017; IV-Nr. 45 S. 22 f. und 25) bis zum 31. Dezember 2017 vor. Für das Valideneinkommen wurde wiederum der zuletzt erzielte Verdienst herangezogen und korrekterweise die Teuerung aufgerechnet. Das Valideneinkommen beträgt damit für diese Zeit CHF 12'019.00. Da die Beschwerdeführerin keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, wurde für die Bemessung des Invalideneinkommens auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der herangezogene Tabellenlohn (tirage_skill_level, Total, Niveau 1, Frauen) erweist sich im Hinblick auf das zumutbare Tätigkeitsprofil als korrekt. Zusätzlich wurden die Wochenstunden sowie die Teuerung aufgerechnet. Das Invalideneinkommen beträgt damit CHF 10'873.00. Es resultiert eine Einschränkung von 9.5 %, was bei einem ausserhäuslichen Anteil von 20 % einen Invaliditätsgrad von 1.9 % ergibt. Zuzüglich des Invaliditätsgrads von 8.8 % im Haushalt ergibt sich ein (Gesamt-)Invaliditätsgrad von 10.7 % und damit ebenfalls kein Rentenanspruch. Schliesslich wurde für die Zeit ab Januar 2018 noch einmal ein Einkommensvergleich vorgenommen und die ab diesem Zeitpunkt in Kraft getretene Verordnungsbestimmung angewendet. Als Valideneinkommen wurde wiederum der zuletzt erzielte Lohn bei der F. ___ AG herangezogen, wobei dieser auf ein 100 %-Pensum aufgerechnet und die Teuerung zusätzlich berücksichtigt wurde. Dieses Vorgehen ist korrekt und ergibt ein Valideneinkommen von CHF 60'095.00. Das Invalideneinkommen beträgt, wie weiter oben für die Zeit vom 15. August 2016 bis 31. Dezember 2017 dargelegt, nach wie vor CHF 10'873.00. Somit ergibt sich eine Einschränkung von 81.9 %, was bei einem Anteil von 20 % zu einem Invaliditätsgrad von 16.38 % führt. Zuzüglich des Invaliditätsgrads von

E. 12

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

12.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis 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 CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.
3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post

gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Schmidhauser

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